

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1925-1926 N° 60

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
RÉTENTIONS D'URINE
CHEZ LA FEMME

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 14 Décembre 1925

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Louis CHAMPETIER

né à LYON (Rhône) le 23 Septembre 1899



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

—
1925

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DES RÉTENTIONS D'URINE CHEZ LA FEMME

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1925-1926 N° 60

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
RÉTENTIONS D'URINE
CHEZ LA FEMME

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 14 Décembre 1925

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Louis CHAMPETIER

né à LYON (Rhône) le 23 Septembre 1899



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

—
1925

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. H. HUGOUNENQ.
Doyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, FLORENCE (A.), TEISSIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. BARD
Cliniques chirurgicales	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements.....	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	COMMANDEUR
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET
Clinique des maladies des enfants.....	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes.....	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires.....	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....	LANNOIS
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	ROCHET
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	HUGOUNENQ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	BRETIN
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie interne	POLICARD
Pathologie et Thérapeutiques générales	DOYON
Anatomie pathologique	COLLET
Chirurgie opératoire	X.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.....	PAVIOT
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique, hydrologie et climatologie	MARTIN (Etienne)
Pharmacologie	COURMONT (P.)
	PIC
	X.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS
— — Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN
— — Chimie minérale	BARRAL
— — Urologie	GAYET

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Puériculture et hygiène de la première enfance.....	MM. CHATIN
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	COTTE	CORDIER (V.)	MAZEL
GARIN	DUROUX	ROUBIER	SANTY
SAVY	TRILLAT	FAVRE	DUNET
FROMENT	SARVONAT	BONNET	CHALIER (André)
THEVENOT (Lucien)	FLORENCE (G.)	RHENTER	CHALIER (Joseph)
PIERY	ROCHAIX	LEULIER	NOEL
			CORDIER (Pierre).

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. GAYET, président ; GARIN, assesseur ;

SARVONAT et EAVRE, agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A MES PARENTS

Faible témoignage de ma profonde
affection et de ma reconnaissance
infinie.

A MA FIANCÉE

En souvenir de nos années d'études
à la Faculté.

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRÈRE

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR G. GAYET

*Professeur à la Faculté
Chirurgien des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'honneur*

A MON JURY

A MES MAÎTRES
DANS LES HÔPITAUX ET A LA FACULTÉ



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Nous sommes heureux de pouvoir exprimer ici même notre profonde reconnaissance à tous nos Maîtres des Hôpitaux et de la Faculté, qui ont si généreusement contribué à notre formation médicale. Nous n'oublierons jamais la bienveillance qu'ils nous ont témoignée.

Nous tenons à rendre hommage en particulier à M. le Professeur G. Gayet, qui nous a toujours accueilli avec une grande amabilité, nous permettant de profiter largement de sa science et de son expérience clinique. C'est en fréquentant son service que nous avons appris à aimer l'urologie. Nous lui devons beaucoup de nos connaissances. Il a bien voulu nous inspirer le sujet de cette thèse, nous guider de ses précieux conseils dans son élaboration et nous faire l'honneur d'en accepter la présidence. Qu'il soit donc assuré de notre respectueuse gratitude et de notre bien vif attachement.

M. le Docteur Dumas nous a obligeamment ouvert son service de l'Hôpital du Perron, nous donnant toute liberté d'examiner de nombreuses malades qui nous fournirent d'intéressantes observations concernant ce travail. Nous le prions d'accepter l'expression de notre sincère reconnaissance.

M. le Chirurgien Desgouttes a bien voulu nous communiquer personnellement une remarquable observation. Nous lui exprimons nos plus profonds remerciements.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES RÉTENTIONS D'URINE CHEZ LA FEMME

INTRODUCTION

Les rétentions d'urine, en général, ont fait l'objet de nombreux travaux et il semble que c'est pénétrer sur un terrain déjà bien exploré que d'entreprendre à nouveau leur étude chez la femme. Cependant, si nous parcourons les traités spéciaux qui s'y rapportent, nous constatons que les différents auteurs se sont surtout attachés à cette étude chez l'homme. De tels accidents sont, en effet, moins fréquents dans le sexe féminin. Les conditions anatomiques et physiologiques nous en donnent la raison *a priori*.

RARETÉ DE L'OBSTACLE URÉTRAL. — La structure de l'appareil urinaire est beaucoup plus compliquée chez l'homme que chez la femme. Il y a d'abord la présence de la prostate, qui crée si souvent un obstacle à la miction. De plus, l'urètre mâle est plus long, il ne sert pas seulement au passage de l'urine, il est à la fois un conduit uro-génital : donc très facilement exposé aux maladies vénériennes, qui favoriseront la sclérose inflammatoire, rétractile, cause

d'ischurie. Notons en particulier que l'existence du rétrécissement blennorragique n'est pas démontrée chez la femme (*Imbert et Soubeyran*). En effet, nous savons que l'urètre féminin représente embryologiquement l'urètre postérieur de l'homme, au niveau duquel les sténoses blennorragiques sont très rares ; de plus, il n'est pas entouré d'une gaine érectile, siège favori des lésions scléreuses. Sa brièveté (5 à 6 fois moins long que l'urètre mâle) réduit naturellement les chances de lésions traumatiques. Le tissu spongieux est également le terrain de choix pour la formation des rétrécissements traumatiques ; les ruptures, même légères, des aréoles spongieuses aboutissent fatalement à la rétraction et à la cicatrisation indélébile. *Chez la femme, ces prédispositions n'existent pas.* L'urine est expulsée plus facilement à travers l'urètre féminin, et en bien moins de temps, non seulement parce que la voie anatomique est plus courte, mais encore en raison de sa largeur et de sa grande dilatabilité. Les fibres musculaires qui l'enveloppent sont moins puissantes et offrent par conséquent moins de résistance au cours de l'urine.

OBSTACLES PROPAGÉS DES ORGANES GÉNITAUX. — Mais les rapports qu'affecte chez la femme l'appareil urinaire avec l'appareil génital contribuent à former toute une classe spéciale de rétentions d'urine. Un obstacle propagé des organes génitaux peut venir exercer une *compression* sur l'urètre ou la vessie. Ajoutons que, pendant longtemps, les auteurs classiques ont considéré cette compression comme l'unique

mécanisme des rétentions d'urine chez la femme. C'est ainsi que pessaires, corps étrangers, kystes du vagin, tumeurs de la cloison vésico-vaginale figurent dans tous les chapitres d'étiologie. Les rétentions *post partum*, les fibromes, l'utérus gravide la rétroversion y sont maintes fois signalés également.

La rareté relative de ces rétentions d'origine mécanique, malgré la fréquence de tous ces obstacles pelviens ou abdominaux, s'explique par la mobilité de la vessie féminine et sa grande faculté d'adaptation. Celle-ci, en effet, est extra-périnéale et ne repose point, comme celle de l'homme, sur un corps périnéal fixe. Sa face postérieure n'est pas soutenue par des aponévroses fortes, sa fixité est liée à la statique périnéo-génitale.

Dans le cas d'utérus gravide ou dans la formation de ces myomes utérins à évolution si lente, nous observons bien souvent que la vessie a tout le temps nécessaire pour s'adapter et changer la direction de son extensibilité. Elle peut, suivie de l'urètre, se rejeter sur le côté et se développer latéralement. Le plus souvent, elle est déplacée de bas en haut ; elle a quitté l'excavation, et l'urètre et le col forment un canal contournant la symphyse ; au-dessus de celle-ci, se trouve le globe vésical, souvent visible et palpable sous la paroi ; c'est ce que l'on appelle « *la vessie en cornue* ». Enfin, parfois, la vessie ne peut franchir le détroit supérieur ; elle est refoulée de haut en bas. Pour ne pas s'écraser contre le pubis, elle se distend dans les parties latérales de l'excavation, de chaque

côté de la tumeur, constituant la « *vessie en croissant* ». Dans les cas de « *vessie en sablier* », formée à l'état de réplétion par deux poches, l'une pelvienne, l'autre abdominale, l'évacuation du réservoir peut être normale.

En résumé. — S'il n'y avait que ces rétentions de causes urétrale, pelvienne ou abdominale, relativement peu fréquentes et de diagnostic toujours facile, le but de notre thèse serait très réduit. Mais il en existe un grand nombre d'autre origine, dont les unes méritent mieux qu'une simple mention et dont les autres présentent même une sérieuse importance.

Causes vésicales particulières. — Disons par anticipation qu'il y a tout un groupe de rétentions, dues à la dégénérescence du muscle vésical, auxquelles la femme est peut-être plus exposée. En voici les raisons : l'urètre féminin, de par sa brièveté, est une barrière dérisoire contre l'infection ; avec l'âge, il devient béant. Dans ses trois quarts antérieurs, les fibres musculaires l'entourent en même temps que le vagin ; il en résulte qu'il participe à la déchéance des parois vaginales. La face postérieure de la vessie de la femme représente le point le plus faible du diaphragme inférieur qui ferme le bassin, là pointe l'effort abdominal. Le coït est également une cause traumatique importante, et plus spécialement la grossesse. La multiparité, les congestions actives de la menstruation et passives de la ménopause ont également leur répercussion. En somme, cette vessie facilement traumatisée, infectée, congestionnée, est un

organe de moindre résistance ; la plus légère lésion survenant, la déchéance sera plus rapide et plus profonde.

Plan.

Ces conséquences anatomiques et physiologiques étant signalées, nous nous proposons d'établir *deux parties*. Dans la première, nous passerons en revue toutes les rétentions d'urine chez la femme ; dans la seconde, nous étudierons une rétention à physionomie toute spéciale, dont nous essayerons d'élucider la pathogénie jusqu'alors obscure.

PREMIÈRE PARTIE. — Tout d'abord, nous ferons la « *physiologie pathologique* » de la rétention d'urine en général, puis nous établirons une « *classification* » des causes diverses susceptibles de la provoquer. Il est bien entendu que le sujet étant vaste et les limites de notre thèse assez réduites, nous n'avons pas l'intention de nous étendre amplement sur de nombreux points. Nous nous occuperons seulement des cas les plus intéressants et les moins connus, nous contentant de signaler les cas exceptionnels. Pour toutes les causes communes aux deux sexes, et en particulier les causes *nerveuses* ou celles dites « *médicales* », nous n'insisterons pas outre mesure, renvoyant aux traités qui les étudient largement. Mentionnant les différents obstacles propagés des organes génitaux, nous insisterons davantage sur le mécanis-

me plus fréquent du *fibrome*. A ce propos, nous ne ferons que citer évidemment les rétentions de *cause obstétricale*, qui ne sont pas de notre domaine et passerons également outre les grands prolapsus génitaux avec cystocèle importante et parfois issue de la matrice à la vulve. Dans ce dernier cas, la rétention s'explique d'elle-même.

DEUXIÈME PARTIE. — Cette partie étant la plus originale et la plus importante constituera notre véritable but. Nous y traiterons une rétention que nous avons dite très particulière. Les malades qui en sont affectées sont des femmes âgées, ayant franchi la ménopause. Elles présentent un ensemble symptomatique qui a beaucoup d'analogie avec celui des vieux prostatiques. C'est pourquoi Chevalier créa autrefois, pour définir cette ischurie, le terme paradoxal de « *prostatisme chez la femme* ». Actuellement, nous ne devons le considérer que comme cliniquement exact, tandis que, suivant la conception de Guyon et de son école, il l'était également anatomo-pathologiquement.

Si nous avons fait une place spéciale à cette variété de rétention, c'est qu'il nous était impossible de la ranger dans un groupe quelconque de notre classification, sans en avoir fait l'étude très complète. Inversement, nous ne pouvions pas envisager cette question, sans exposer pour la discrimination toutes les autres causes de rétentions.

Première Partie

CHAPITRE PREMIER

Physiologie pathologique.

Quand la miction est entravée, il s'établit de la rétention d'urine, qui peut être totale ou partielle.

Rappel de Physiologie normale.

Pour en comprendre le mécanisme, il est nécessaire de connaître l'acte mictionnel à l'état normal. Nous rappellerons donc très brièvement cette fonction que les travaux modernes et en particulier ceux de Langdon Brown, Sherrington, Barrington et H. Piéron ont éclairée d'un jour nouveau. Lemoine, dans sa monographie sur la « *Physiologie normale et pathologique de la miction* », résume toutes les notions acquises.

L'urine provenant des uretères s'écoule lentement

dans la vessie et s'y accumule par le fait des dispositions anatomiques du col et de sa contraction d'attitude plus élevée que celle du corps. Au fur et à mesure de la réplétion vésicale, le muscle subit sa réaction d'allongement, jusqu'à ce que survienne le *besoin d'uriner*, sensation proprioceptive, transmise au cervelet et au cerveau par les voies de la sensibilité générale et résultant de la pression intravésicale. Chez la femme, ce besoin survient quand la vessie possède une attitude de 450 centimètres cubes environ, correspondant à une pression intravésicale de 20 centimètres cubes d'eau.

Si, à ce moment, la volonté, pendant le jour, ou le frein thalamique, pendant la nuit, n'interviennent pas, l'une en faisant contracter le sphincter strié de l'urètre, l'autre en inhibant les centres autonomes des cornes latérales de la moelle, *le réflexe de la miction* entre en action. Ce réflexe est en réalité un *réflexe composé* (Barrington). Il se décompose en un premier réflexe ou *réflexe de contraction par distension de la vessie* ; en un deuxième ou *réflexe de contraction dû au passage de l'urine par l'urètre* ; en un troisième ou *réflexe de contraction dû à la distension de l'urètre* ; en un quatrième ou *réflexe de relâchement de l'urètre dû au passage du liquide*, et enfin un cinquième ou *réflexe de relâchement dû à la contraction vésicale*. Ces cinq réflexes se suivent automatiquement dans l'ordre : 1^{er}, 5^e, 4^e, 2^e. L'utilité du troisième se conçoit assez difficilement. Les contractions qui persistent pendant toute la durée du jet comprennent des contractions d'ensemble et des

contractions partielles. Le mouvement général est le suivant : « La paroi postérieure de la vessie, dit Guyon, s'avance comme un éperon, le bas-fond se soulève et le sommet se rapproche du col. » En même temps que la première contraction vésicale, il s'en produit une autre due aux muscles abdominaux, non nécessaire, mais résultant d'une habitude pour ne pas « se mouiller ». A la fin de la miction, de même, interviennent les muscles périnéaux, déterminant un brusque jet, lancé spasmodiquement (coup de piston terminal).

En prenant ce mécanisme normal comme base, nous étudierons par déduction le mécanisme pathologique, et nous verrons plus loin que le phénomène bizarre en apparence de la rétention partielle trouvera ainsi facilement son explication.

A. — Physiologie pathologique de la Rétention complète aiguë.

La rétention complète aiguë est provoquée surtout par un obstacle venant brusquement fermer la voie d'excrétion. Dans le chapitre suivant, nous en étudierons toutes les causes. Citons, par anticipation, un rétrécissement de compression urétrale ou péri-urétrale, un corps étranger ou un calcul bloqués dans le canal, un spasme, qui sont les cas les plus fréquents.

L'urine sécrétée par les reins s'est accumulée petit à petit dans la vessie, qui, grâce à son extensibilité, supporte l'afflux progressivement croissant du li-

quide. La tonicité augmente de plus en plus. Les fibres musculaires, dès que la capacité physiologique est dépassée et que leur distension est suffisante, reviennent sur elles-mêmes. La pression du liquide intravésical devient assez forte pour exciter les nerfs sensibles des parois et le premier réflexe est déclenché. Il permet l'évacuation d'une certaine quantité d'urine, mais pour que la miction continue, les 4^e et 2^e réflexes, dus au passage de l'urine dans l'urètre, sont nécessaires. Si l'obstacle l'interdit, la miction s'arrête. Si l'obstacle est plus bas situé, le jet lancé vient buter contre lui. Il s'ensuit que la contraction est d'autant plus douloureuse et stérile qu'elle est plus complète, c'est-à-dire qu'il y a plus de réflexes déclenchés parmi ceux qui la déterminent. La sensation de réplétion disparaît. La vessie a pris une « attitude » en rapport avec le volume de son contenu. Expérimentalement, on a constaté le fait suivant : Si, par injection d'eau dans la vessie, on atteint une pression de 18 à 20 centimètres cubes d'eau, le besoin survient ; si l'on empêche la miction de se produire, en obturant la sonde pendant un instant, la sensation de réplétion disparaît ; quand, alors, on débouche la sonde, on trouve que la pression s'est abaissée en-dessous du niveau qui correspondait à l'apparition du sentiment de réplétion.

Une nouvelle quantité d'urine descendant des reins, une nouvelle contraction se produit et s'épuise ; ces phénomènes identiques se répètent d'abord à des intervalles éloignés, puis à des intervalles de plus en plus rapprochés. Quand le muscle vésical a épuisé

sa réaction d'allongement, la contractilité du détrusor s'arrête et la paroi vésicale devient purement inerte. Il faut remarquer que, dans cette période, l'accroissement du volume de la vessie n'est pas proportionnel à la durée de la rétention. Si le contenu vésical a augmenté d'une quantité q , pendant les trois premières heures, par exemple, il n'augmentera que de $q/2$ pendant les trois suivantes. Cela résulte des modifications réflexes et mécaniques apportées par la rétention dans le fonctionnement des reins.

1^o *Complications d'ordre mécanique.*

a) *Du côté de la vessie.* — La vessie s'est laissée distendre passivement. L'urine refoule la muqueuse vésicale entre les faisceaux musculaires qui se dissocient par place, créant déjà les *cellules*, les *poches*, qui ne sont que de grandes cellules, et les *colonnes*. Pour se faire une idée de leur pathogénie, il est classique de comparer la vessie distendue au ballon régulateur de la soufflerie du thermocautère. Quand on y comprime l'air violemment, on voit la paroi faire autant de hernies qu'il y a de mailles au filet qui le soutient. Les cordons du filet font, sur la surface interne du caoutchouc, des saillies comparables aux colonnes du réseau musculaire interne de la vessie.

En outre de ces cellules, il peut se former des *diverticules* à la partie postéro-latérale en situation basse, en une zone congénitalement moins robuste, soit par le fait de la disparition du réseau musculaire, soit par le fait d'une origine embryonnaire

différente de celle du reste de la vessie (Gayet et Gauthier).

Expérimentalement, cellules et diverticules peuvent se rompre, mais cliniquement, le fait est rare et la distension se complique surtout de lésions extrêmement graves des uretères et des reins.

b) *Du côté des uretères.* — Derrière la vessie distendue, les uretères se dilatent. On admet plusieurs processus de dilatation :

Le premier, seul admis par Guyon, s'explique de la façon suivante : la dilatation est due à l'accumulation de l'urine descendue des reins, que la contraction des conduits est incapable de chasser dans la vessie trop pleine. Sous son influence, la musculature urétérale, qui résiste inégalement, finit par constituer le long du conduit des portions rétrécies et de véritables loges latérales, dans lesquelles l'urine peut s'accumuler.

En dehors de ce processus, il en est un autre signalé par Reliquet, sur lequel nous devons attirer l'attention : la tension de l'urine retenue dans les voies supérieures, augmentée par les contractions urétérales, peut, dans certains cas, arriver à égaler ou même à surpasser la tension intravésicale et interdire de la sorte aux orifices urétéraux de se fermer.

Enfin, notre Maître a montré que, dans certains cas, la contraction vésicale survenant à contre-temps, à l'instant précis où s'ouvrent les méats urétéraux, provoque un reflux d'urine vers les voies supérieures. Ce phénomène de l'uretère forcé est démontré sur le vivant, par les preuves suivantes : 1° La vive

douleur de tension rénale ressentie par la malade au moment d'un besoin (Gayet et Rousset) ; 2° La béance des orifices constatés au cystoscope ; 3° L'ascension dans les uretères d'une solution colorée (collargol), injectée dans la vessie ; la distension se reconnaît alors soit par le cathétérisme urétéral, qui ramène la solution, soit par la cystoradiographie.

c) *Du côté des reins.* — La stase rénale suit inévitablement celle de l'uretère. La distension pyélo-rénale peut entraîner un amincissement du parenchyme rénal et du bassinet qui entrave le fonctionnement et conduit à l'urémie.

2° *Complications d'ordre congestif.*

Les phénomènes congestifs se superposent aux phénomènes mécaniques dans la vessie ; ils les devancent dans le rein et l'uretère. Au début, ce sont des arborisations vasculaires de la muqueuse vésicale, marquées surtout derrière le trigone et aux environs du col. Enfin, cette congestion se généralise, puis on voit survenir des ecchymoses d'abord punctiformes, plus tard étendues au point qu'à la coupe la paroi vésicale est colorée dans toute son épaisseur. On note par places des extravasats sanguins. L'épithélium desquame, le sang transsudé vient se mêler à l'urine. Cet état congestif est la conséquence fatale de la distension : c'est un phénomène de suractivité fonctionnelle ; il se produit une augmentation de longueur et de volume des vaisseaux.

Le rein se prend après la vessie ; son volume s'ac-

croît. C'est une congestion purement réflexe, car la dilatation ne s'est pas encore produite. L'uretère suit aussitôt. Dans le rein, on trouve des hémorragies interstitielles et intracaniculaires ; les épithéliums s'aplatissent, deviennent granuleux, puis desquament. Les cellules urétérales s'exfolient par un même processus. On constate alors, dans l'urine vésicale, des cylindres granuleux et hématiques, mêlés au sang et aux cellules desquamées du rein, de l'uretère et de la vessie. A un stade plus avancé, la congestion gagnera le système cave, le péritoine, le foie, le pancréas, l'intestin (diarrhées sanglantes). Ces dernières lésions ne s'observent qu'expérimentalement, cliniquement on ne leur laisse pas le temps de se manifester.

Sous ces influences mécaniques et congestives, l'élimination aqueuse se ralentit ; la concentration et le débit uréique sont diminués de plus en plus.

La situation devient extrêmement grave, s'il y a une infection surajoutée, on conçoit que la desquamation rend les parois perméables aux microbes et à leurs toxines, qui ne sont plus balayées par le cours de l'urine, désormais stagnante. Expérimentalement, chez les animaux, la mort survient au bout de trois à cinq jours.

B. — Physiologie pathologique de la Rétention chronique.

Nous avons vu que la rétention aiguë était accidentelle ; au contraire, celle que nous étudierons ici,

qui n'est que partielle ou incomplète, résulte le plus souvent d'une maladie du muscle vésical ou d'un obstacle incapable d'interdire complètement le passage de l'urine. Nous verrons, dans le chapitre suivant, les multiples causes capables de provoquer cette rétention. Quel est donc son mécanisme ? Et comment pouvons-nous expliquer cette bizarrerie qu'une vessie puisse expulser une partie de son contenu et conserver une certaine quantité résiduelle ? On ne peut pas répondre que le muscle vésical dégénéré s'épuise ; ni que les muscles périnéaux altérés sont trop faibles pour vider l'extrême bas-fond : Ducamp a montré simplement, en comprimant son canal, que la vessie, obligée de lutter contre un obstacle même faible, ne se débarrasse que de la partie la plus gênante de son contenu.

Conception d'Abbarran ou conception de Lemoine ?

Bazy, Janet et Albarran font intervenir la *théorie de l'inhibition*, mais, plus récemment, Lemoine donne une toute autre explication, se basant sur la physiologie normale.

Pour Albarran, les troubles de l'inhibition agissent sur la vessie pour diminuer sa force expulsive, et sur l'uretère pour troubler le fonctionnement des sphincters. Le point de départ de ce réflexe peut être des plus variés. Il peut avoir son origine dans l'appareil génital, dans une inflammation chronique, dans un traumatisme, un choc opératoire, etc... Bref, toutes

les fois qu'on ne pouvait expliquer la rétention, on l'a fait intervenir.

Comme preuve de l'inhibition, Albarran se basait sur le fait qu'un homme ou une femme en état d'excitation génitale ne peuvent uriner. Janet montre que les lavages de l'urètre sous pression se font aussi bien dans cet état que normalement. Donc, il n'y a pas de spasme du canal. D'ailleurs Albarran affirme que, dans la plupart des rétentions dites « spasmodiques », la sonde passe sans difficulté et, pour lui, on doit dire « rétentions par inhibition » dans tous ces cas. Lemoine n'est plus d'accord avec lui : « Quant à considérer, dit-il, comme preuve de l'inhibition du détrusor la difficulté que l'on éprouve à uriner après le coït, cela nous paraît contraire à l'observation et à la physiologie, car, ainsi que nous l'avons vu, toute excitation génitale, qu'elle résulte d'une cystite ou de la mise en jeu de l'organisme vénérien, a pour conséquence un spasme de l'urètre. C'est uniquement ce spasme qui rend la miction difficile après le coït. Il cède progressivement du reste, au fur et à mesure de l'inhibition du sphincter que provoque le passage de l'urine dans l'urètre (4^e réflexe mictionnel) et la contraction vésicale (5^e réflexe) ».

Lemoine ajoute que, jusqu'à présent, on n'a pu découvrir aucun nerf inhibiteur du détrusor et les actions inhibitrices sur le mécanisme détrusor ne sont rien moins que démontrées.

Voici l'explication qu'il donne de la rétention incomplète : Après le déclenchement du premier réflexe et l'évacuation d'une certaine quantité de liqui-

de, le deuxième réflexe de contraction est dû au passage de l'urine dans l'urètre. Dans le cas en question, il ne se produit pas. Donc, il n'est pas douteux que *des troubles de l'innervation de l'urètre empêchent la transmission de l'influx sensitif*. Il s'ensuit que la contraction réflexe du détrusor n'étant plus sollicitée par le deuxième réflexe, la miction s'arrête. Si une certaine quantité est expulsée, grâce au premier réflexe, et peut s'échapper au dehors, la quantité restante persiste dans la vessie. Le taux du résidu varie avec la dégénérescence plus ou moins grande du muscle, dépendant elle-même de la durée de l'affection, de l'âge ou des phénomènes septiques surajoutés.

Pour suppléer à sa déficience, le muscle vésical s'hypertrophie, qu'il s'agisse d'une altération qui lui est propre ou d'un obstacle insuffisant, que l'on fasse intervenir la théorie d'Albarran ou celle de Lemoine. La nature des lésions musculaires nous a été révélée par les travaux classiques, et plus récemment par Bohdanowicz. Nous aurons l'occasion de revenir sur ce point au cours de notre thèse. Meilleure est la nutrition du muscle, plus il est capable de s'hypertrophier et de lutter contre l'obstacle.

L'urine résiduelle conservera jusqu'aux périodes extrêmes sa limpidité normale, si elle n'est pas contaminée (cathétérisme septique ou infection de voisinage). Le résidu est d'abord peu considérable, 40 à 60 centimètres cubes ; il stagne dans le bas-fond : *la rétention est chronique, incomplète, sans distension*. Progressivement, la vessie succombe à la lutte et

s'épuise. Le résidu passe peu à peu de 100 gr., 200 gr. à 300 gr. ; il finit par atteindre la capacité de la vessie normale : 450 gr. chez la femme. Le muscle a perdu une grande partie de sa contractilité ; sous la poussée de l'urine, la paroi est distendue ; des hernies se forment entre les faisceaux musculaires hypertrophiés. La vessie présente l'aspect typique de colonnes et de cellules.

Au lieu de s'épuiser progressivement, le muscle peut le faire brusquement, à l'occasion d'une poussée aiguë, sous la dépendance d'un spasme du col ou d'une inflammation, par exemple. Quoiqu'il en soit, à cette période de l'évolution, la *réten-tion est chronique, incomplète, avec distension*. La contractilité décroît de plus en plus ; la *réten-tion devient complète* ; la malade n'urine plus spontanément. Il n'y a pas de douleurs ou peu, parce que le muscle est inerte. Une certaine quantité d'urine peut s'écouler spontanément au dehors. *C'est la miction par regorgement*. Cette miction prouve qu'il n'y a pas d'obstacle à l'évacuation, qu'il intervient un facteur supplémentaire : inhibition ou trouble sensitif ?

Les évacuations par regorgement se multiplient ; il en sort autant par l'urètre qu'il s'écoule d'urine par l'uretère dans le réservoir vésical. Il est aisé de comprendre que le « trop-plein » déborde. Enfin, à une période ultime, la vessie n'est plus seulement remplie, elle est dilatée ; c'est la *réten-tion chronique complète, sans mictions par regorgement*. Elle peut

atteindre 2, 4, 6 litres et même davantage. La gravité est extrême.

1^o *Complications d'ordre congestif.*

La rétention chronique incomplète ou complète, mais non à la phase de distension, ne met pas l'urine en tension élevée, aussi les phénomènes congestifs sont-ils peu marqués. « La miction par regorgement » peut protéger pendant longtemps le rein et l'uretère.

2^o *Complications du côté de la sécrétion rénale.*

En revanche, avec une stagnation durable, on observe une dilatation des canalicules du rein et de la capsule de Bowmann, un aplatissement des épithéliums et un œdème du tissu conjonctif. Il en résulte une *polyurie*, parfois allant jusqu'à 5 litres par jour.

3^o *Complications urémiques.*

En nous basant sur les faits suivants, nous estimons que la concentration uréique s'abaisse dans l'urine et que l'acide urique disparaît presque complètement : en effet, contrairement à l'opinion de Guyon, les recherches modernes prouvent que la polyurie ne compense pas le taux peu élevé de la concentration.

Legueu montre que le rétentionniste chronique est généralement un azotémique (*Presse Médicale*, 1919). Puis Dufour et Debray (*Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux*, 1920), citant l'obser-

vation d'une femme de 32 ans, atteinte de sclérose en plaques et de paraplégie spasmodique, sous le coup d'une rétention chronique, mettent en relief *l'importance du parallélisme entre le taux de la rétention et l'urée*. La malade présentait une azotémie de 0,40. Après sondages bi-quotidiens, trois jours après, l'azotémie était tombée à 0,25. Ayant laissé leur sujet sans nouveaux cathétérismes, les auteurs constatent, quatre jours plus tard, une azotémie de 0,30.

Legueu insiste sur ce fait que c'est la rétention chronique incomplète, avec distension, qui expose le plus aux hautes azotémies, parce qu'elle réalise la pression intravésicale la plus élevée ; la rétention chronique incomplète, alors que la vessie est peu distendue, mais seulement en tension permanente, peut produire de moyennes azotémies.

Dans les rétentions complètes, le sujet évite cette complication toxique, car il n'hésite pas à se faire sonder.

« En résumé, dit Legueu, toutes les fois que la rétention déterminera de l'azotémie, celle-ci sera proportionnelle au degré de tension intravésicale et à la durée de cette tension. Sans doute, on pourra mettre les malades au régime, mais ce traitement a moins d'importance par rapport au sondage. Il n'y a pas de troubles du parenchyme rénal, mais un fonctionnement défectueux du rein, sous la dépendance de la tension vésicale. »

4° *Complications par rétention des chlorures.*

Trousseau s'était déjà demandé si l'urine accumulée, dans la vessie, l'uretère, le bassinet et les calices, dans le cas de rétention complète, n'entravait pas les fonctions du rein, au point d'empêcher l'émonction parfaite et de déterminer une hydropisie générale. R. Lépine étudie le fait expérimentalement et prouve que « *l'anasarque par rétention d'urine n'est qu'un cas particulier d'œdème par rétention de chlore* ». L'urine est sécrétée en moindre quantité, d'où rétention d'eau ; l'urine est moins concentrée, d'où rétention de NaCl. Depuis les travaux d'Achard et Loëper, nous savons par quel mécanisme sera formé l'anasarque.

5° *Complications infectieuses.*

Dans la rétention chronique, plus encore que dans la rétention aiguë, la stagnation crée un état de réceptivité spéciale à l'infection. La moindre inoculation septique suffit à provoquer des infections graves qui gagnent les uretères et les reins.

Or, les dangers de cette infection sont plus particulièrement à redouter chez la femme. L'anatomie et la physiologie normale nous en donnent les raisons, comme nous l'avons montré dans notre « Introduction ». Ce sont : la brièveté de l'urètre, la fréquence des infections d'origine intestinale, la répercussion des congestions de la grossesse, des menstruations et de la ménopause.

L'urine infectée peut devenir ammoniacale et ac-

quérir des propriétés nécrosantes pour les tissus déjà diminués de vitalité et privés de leur épithélium protecteur. Il en résulte, suivant les circonstances, des pertes de substance dont les dimensions varient depuis une simple ulcération jusqu'à de véritables perforations. Enfin, la sclérose finit par entraîner progressivement la rétraction de la cavité vésicale, dont l'exiguïté contraste bientôt avec l'hypertrophie considérable des parois.

Par la voie urétérale ou par la voie sanguine, l'invasion microbienne atteint le rein et, suivant la nature de l'agent pathogène, les lésions de néphrite évoluent alors vers la forme scléreuse ou la forme suppurée. On rencontre ainsi des poches pyéliqucs considérables, avec disparition très accentuée du parenchyme, des formations kystiques, des reins énormes, bourrés d'abcès, des lésions de péri-néphrite et péri-urétérite.

CHAPITRE II

Classification.

Nous avons dit, en exposant notre plan, quel était le but précis de ce chapitre. En somme, nous ferons une revue rapide de toutes les modalités étiologiques des rétentions d'urine, que nous classerons en groupes distincts. Nous n'avons pas l'intention d'étudier chacune d'elles avec ses symptômes différentiels, mais seulement de mettre en relief le trait caractéristique des plus importantes et des moins connues. C'est pourquoi nous ne ferons qu'une nomenclature des causes communes aux deux sexes, étudiées déjà largement dans les traités spéciaux, et nous insisterons surtout sur celles qui sont propres à la femme. S'il nous arrive de développer plus particulièrement certains points, c'est en raison de leur utilité pour la différenciation de la rétention *sine causa*, dont nous ferons l'objet de notre deuxième partie. Les auteurs ont donné chez l'homme des types de classification les plus variés, dont nous pouvons nous inspirer

dans les grandes lignes. Nous avons cru cependant devoir suivre plus fidèlement la classification d'Albarran et Noguès, dans leur exposé au Congrès international d'Urologie de 1908, qui nous a paru la plus claire.

Nous distinguerons :

- A) Des rétentions par obstacle mécanique ;
- B) Des rétentions sans obstacle mécanique, avec lésions vésicales ;
- C) Des rétentions dans les affections organiques du système nerveux et dans les névroses ;
- D) Des rétentions d'origine réflexe, sans obstacle mécanique et sans lésions vésicales.

A. — Rétentions par obstacle mécanique.

L'obstacle peut être suffisant et déterminer ainsi une rétention totale ; le plus souvent, il sera insuffisant, provoquant une rétention chronique partielle par le mécanisme exposé précédemment.

Il s'agit :

- 1° Soit d'une obstruction propre au canal urétral ;
- 2° Soit d'une compression venue du dehors ;
- 3° Soit d'un obstacle au col vésical.

1° *Obstruction propre au canal urétral.*

L'urètre peut être obstrué par un *rétrécissement*, rare, comme nous le savons. Il reconnaît une triple origine : congénitale, obstétricale, cicatricielle. Des *valvules*, des *imperforations* circulaires, totales ou

partielles, des *déviation*s, des *coudures* sont susceptibles d'entraver la miction. On voit de même des *tumeurs* des parois provoquer de l'ischurie : les unes polypoïdes, les autres kystiques, d'autres enfin malignes. Les *tumeurs urineuses*, les *abcès urinaux*, les *corps étrangers*, les *calculs*, le *prolapsus de la muqueuse*, l'*urétrocèle* et enfin les *tumeurs hémorroïdales* sont parfois en cause.

Si chacune des modalités précitées peut s'accompagner de symptômes particuliers, le diagnostic se fait toujours par le cathétérisme, l'urétroscopie et, le plus souvent, par le simple examen du méat et le toucher vaginal.

2^o *Obstruction par compression venue du dehors.*

a) ORIGINE VAGINALE. — Il s'agit fréquemment de *tumeurs* des parois. Les unes bénignes : kystes, polypes, fibromes, lipomes ; les autres malignes. Un *hématocolpos* ou des *corps étrangers* (en particulier les pessaires) peuvent comprimer la cloison urétrovaginale et entraîner, comme les tumeurs, une fermeture plus ou moins hermétique du conduit urétral.

b) ORIGINE UTÉRINE. — Il faut citer d'abord le *prolapsus utérin*, et puis ce sont toutes les *tumeurs* de la matrice, qui peuvent être incriminées dans certains cas. Nous devons y joindre la *grossesse* et la *rétroversion*. Dans ce même paragraphe, nous étudierons comment le fibrome, la grossesse et la *rétroversion* peuvent conduire à la rétention d'urine, en vertu d'un mécanisme identique. Nous avons déjà

dit, dans notre introduction, que, grâce à la faculté d'adaptation de la vessie et de l'urètre, la compression exercée par ces obstacles était assez rare sur la partie inférieure de l'appareil urinaire. Cependant, Hartmann et Bonnet, dans un mémoire, nous disent que, sur 900 cas de fibromes opérés dans un service gynécologique, on s'est trouvé 20 fois en présence d'une rétention d'urine causée par la tumeur. Les anciens auteurs, avec Minvielle, attribuaient cette rétention au volume de l'obstacle propagé.

Pour Kolischer, dans le cas de fibrome, tout se réduit à des troubles réflexes provoqués par la congestion intense du bas-fond vésical : congestion entretenue par la tumeur et augmentée par celle des menstruations. Enfin, Hartmann et Bonnet s'élèvent contre la grande importance que l'on a fait jouer à la compression et ils assimilent le mécanisme de la rétention, dans la plupart des cas de fibrome, à celui de la rétention produite par la rétroversion de l'utérus gravide.

Telle est l'opinion de Forgue également, en opposition avec celle de Faure.

Nous diviserons les fibromes, quant à leur influence sur l'urètre, en deux groupes :

Les fibromes abdominaux et les fibromes pelviens.

Les premiers, comme l'utérus gravide, n'entraînent, le plus souvent, aucune complication. Nous savons pourquoi. Ils se développent hors des limites de la concavité pelvienne et on peut, au toucher, passer facilement le doigt entre le pubis et la face antérieure de la tumeur.

Quand le fibrome est pelvien, il n'en est plus de même. Ce n'est pas le volume de la tumeur qui intervient, c'est un nouveau facteur : le changement de situation de l'utérus par rapport à l'urètre et à la vessie ; en un mot, la rétroversion. Et il faut toujours pour qu'il y ait rétention d'urine dans le cas de tumeur ou de gravidité, que l'utérus soit rétroversé. Les exemples contraires sont infiniment rares. La meilleure preuve est donnée par le fait suivant : si l'utérus, soit spontanément, soit à la suite de manœuvres, reprend sa position première, les accidents disparaissent, pour revenir à l'occasion d'une nouvelle chute.

D'après les constatations cliniques, on ne peut admettre que le col utérin vienne comprimer l'urètre contre le pubis : le doigt pénètre facilement dans un cul-de-sac libre, et, confirmation encore plus éclatante, la sonde pénètre normalement dans la vessie, sans aucune difficulté. Pour les mêmes raisons, et quand on connaît la mobilité de l'urètre féminin, on ne peut admettre l'hypothèse d'une coudure du canal. Ce n'est pas non plus une paralysie de la vessie : les douleurs qui accompagnent les troubles mictionnels et les contractions intenses de la vessie rétentionniste prouvent qu'il ne peut y avoir une compression, en un point de leur trajet, des filets moteurs sacrés. De plus, cette paralysie disparaîtrait-elle aussitôt après le redressement de la tumeur, et n'y aurait-il pas des phénomènes de névrite, par suite de cette pression continue ? Sans doute, nous admettons que les troubles congestifs peuvent jouer un

certain rôle par les modifications qu'ils sont susceptibles d'apporter dans la circulation vésicale et dans la formation de « l'œdème bulleux » du bas-fond que décrit Kolischer; cependant, nous nous rallierons à l'opinion moderne :

Il y a *deux théories en présence*. Celle d'Hartmann et celle de Polosson. On peut invoquer l'une ou l'autre, selon que le col est dans une position plus ou moins haute.

Résumons ces deux théories.

1° *Théorie de l'étirement de l'urètre ou théorie d'Hartmann*. — Dans la rétroversion du premier degré, l'orifice externe du col se trouve derrière la symphyse, à son niveau, de telle sorte que, dans la position debout, tout l'organe est à peu près dans le même plan horizontal. Si la tumeur bascule, le col utérin se déplace en hauteur, en entraînant avec lui le col vésical; il se produit ainsi un étirement de la paroi postérieure de l'urètre proportionnel au déplacement de la matrice. De plus, la paroi antérieure du vagin subit, de la part du col utérin, les mêmes effets que le bas-fond vésical, elle transmettra l'élongation dont elle est l'objet à la paroi postérieure de l'urètre, à laquelle elle est intimément unie dans sa partie inférieure. L'effacement de la lumière du canal n'est pas analogue à l'effacement de la lumière d'un tube élastique qui serait l'objet d'une forte traction à chacune de ses extrémités. La paroi antérieure de l'urètre, fixée à la symphyse, ne se laisse pas déplacer comme la paroi postérieure, qui subit seule l'étirement. « Les

deux parois glissent donc l'une sur l'autre, dans le sens longitudinal, ce qui amène à la fin la suppression de la lumière du canal. »

2° *Théorie du clapet formé par le col utérin dans l'infundibulum.* — Dans le cas de rétroversion de l'utérus au deuxième degré, le col utérin représente la partie la plus haute. Non seulement il est situé à une distance de la symphyse qui peut égaler parfois 7 centimètres, mais il est aussi rapproché de la paroi abdominale antérieure. L'étirement de l'urètre est donc encore plus accusé que dans le cas précédent, où le col se trouvait au niveau de la symphyse. Trillat, précisant les idées de Polosson, rapporte que le toucher intravésical lui a permis de constater, dans deux observations personnelles :

1) Un allongement de l'urètre qui atteignait jusqu'à 8 ou 9 centimètres ;

2) Faisant suite à l'urètre, un infundibulum constitué en avant par la paroi antérieure de la vessie, en arrière par le col utérin appliqué contre la paroi postérieure et faisant saillie dans le bas-fond vésical.

Cette saillie, *analogue à la saillie du lobe médian de l'hypertrophie prostatique*, peut, d'après Trillat, être considérée comme un clapet qui, appliqué d'une façon permanente contre la paroi antérieure de l'infundibulum, s'oppose au passage de l'urine.

Quoiqu'il en soit de ces deux théories, la rétention déterminée, aiguë ou chronique, peut se diagnostiquer facilement si une symptomatologie caractéristique accompagne la tumeur. S'il n'y a que des troubles vésicaux, si la lésion génitale n'attire pas l'at-

tention, il faut serrer de près l'interrogatoire. Nous apprendrons alors que ces phénomènes se produisent ou redoublent d'intensité dans certaines circonstances. C'est ainsi que la fréquence des mictions pendant le jour, dans la position debout, ou pendant la marche, doit nous faire penser à un symptôme vésical d'origine génital. Il en est de même des rapports étroits qui existent entre l'apparition de ces troubles et les époques menstruelles.

En général, toutes les fois qu'il s'agira de rétention, nous devons procéder à un toucher vaginal ; si un fibrome est en cause ou n'importe quelle autre tumeur abdominale ou pelvienne, celui-ci, combiné au palper abdominal, précisera le diagnostic.

c) ORIGINE RECTALE. — La *coprostase* peut entraîner de l'ischurie, dans les deux sexes, mais plus spécialement chez les femmes qui sont si souvent des constipées chroniques. Hirtz et Beaufumé, dans la *Gazette des Hôpitaux* de 1907, en relatent plusieurs cas. Fait important : ces constipées vont à la garde-robe en apparence assez régulièrement, car elles défèquent par regorgement. Jubien, dans sa thèse de 1908, reprend la question et explique la rétention de la façon suivante : il s'agirait d'une laxité particulière fréquente chez les constipés chroniques et en particulier chez les femmes qui souffrent d'entérite muco-membraneuse. Chez de tels sujets, Glénard a montré que les ptoses viscérales n'étaient pas rares. Donc, il n'est pas étonnant que les matières fécales accumulées puissent distendre à un degré extrême le rectum flas-

que de ces malades. La présence habituelle de scybales dans le bout inférieur du tube digestif entraîne comme une anesthésie de la muqueuse troublant le mécanisme normal du réflexe de la défécation. Le bol fécal comprime le bout central de l'urètre, d'où impossibilité d'uriner. Hergott citait, en 1900, chez la femme enceinte, des cas extraordinaires de coprostase, provoquant de la rétention d'urine. Corradi en a observé un de 65 jours. Vinay et Duncan apportent également de nombreuses observations. Dans le cas de gestation, la constipation peut être la conséquence de la pression de l'utérus sur le côlon descendant.

D'ordinaire, le diagnostic se fera aisément, si l'attention est mise en éveil par le toucher vaginal et rectal. Il suffira de détruire la cause pour supprimer l'effet.

d) ORIGINES DIVERSES. — Les rétentions d'urine suivantes sont assez rares : ce sont celles occasionnées par les *kystes de l'ovaire*, toutes les *tumeurs* de cet organe, celles des trompes, la *salpingo-ovarite*, les *grossesses ectopiques*, l'*hématocèle enkystée*, les *tumeurs du rectum*. Il faut citer encore les *kystes hydatiques*, provenant de la rupture, dans la cavité périméale, d'un kyste générateur primitivement situé dans le foie. Tous ces obstacles, en repoussant l'utérus, qui forme matelas, et les parties molles, semblent tirer parti, toujours par le même mécanisme, de cette faculté d'adaptation, propre au développement de l'œuf que possède le petit bassin. L'urètre échappera donc le plus souvent à de telles compressions, d'ail-

leurs, en considérant que celles-ci s'exercent d'une manière très médiate, séparées par une forte épaisseur de parties molles, elles seront bien insuffisantes pour appliquer hermétiquement les parois urétrales et s'opposer à l'écoulement du liquide qui se présente sous une forte pression, car nous connaissons la puissance contractile d'une vessie normale.

Cependant, il existe quelques observations de telles rétentions ; ne faudrait-il pas leur attribuer le plus souvent une origine réflexe ?

3° *Obstacle au col vésical.*

Un *calcul*, un *corps étranger*, des *vers parasites* ou *leurs œufs* en amas peuvent venir se placer devant l'orifice urétral de la vessie et l'obstruer complètement. Assez souvent, des *gommes* syphilitiques, des *tumeurs* sessiles ou pédiculées siègeront à ce niveau et feront obstacle également. De même, on peut incriminer parfois les lésions congénitales suivantes : par exemple, une *valvule* au col de la vessie, dite, pendant longtemps « barre musculaire », qu'elle soit complète et consistant en l'allongement hypertrophique de la lèvre postérieure du col, ou simplement formée par un repli de la muqueuse. Le *diverticule*, bien qu'extrêmement rare chez la femme, mais dont cependant Marion a prouvé la réalité, peut provoquer la rétention d'urine. MM. Gayet et Gauthier, dans leur rapport à la Société française d'Urologie (1922), éclairèrent définitivement la question des diverticules. Selon ces auteurs, le diverticule congé-

nital peut amener la rétention par deux mécanismes. Tantôt elle est due à son importance : dans ce nouveau réservoir, l'urine peut s'emmagasinier pendant longtemps ; tantôt elle est occasionnée par une très forte compression du col vésical entre la symphyse pelvienne et le diverticule plus ou moins rempli.

B. — Rétentions sans aucun obstacle mécanique, mais avec lésions vésicales.

Albarran et Noguès, dans leur rapport au Congrès International d'Urologie de 1908, ont déjà traité cette question en s'attachant davantage à son étude chez l'homme. Cependant, l'affection se présente peut-être avec une plus grande fréquence dans le sexe féminin. Nous avons fait remarquer déjà que la vessie de la femme était un organe de moindre résistance ; facilement traumatisée, infectée, congestionnée, elle est apte à dégénérer facilement.

Nous adopterons la division d'Albarran et nous distinguerons :

1° *Rétentions aseptiques par dégénérescence des parois vésicales.*

Dans ce groupe, entrent en cause les lésions consécutives à l'*artério-sclérose*. Elles sont caractérisées par une endo-périartérite de tous les vaisseaux de l'appareil urinaire, qui, secondairement, entraîne une altération de la fibre musculaire. Les recherches

anatomo-pathologiques de Launois ont démontré leur existence. Mais, comme nous le verrons dans la deuxième partie de cette thèse, d'après les travaux modernes et contrairement à l'opinion de Guyon, on ne peut les rendre responsables de la déchéance de l'appareil urinaire des vieillards dans la plupart des cas. Nous montrerons que la « rétention particulière aux femmes âgées », dont nous ferons l'étude spéciale, relève d'une toute autre origine.

2° Rétentions septiques par dégénérescence des parois vésicales.

a) PAR CYSTITE. — Nous verrons, dans le chapitre suivant, qui sera un « historique », que les auteurs anciens attribuaient l'ischurie à une paralysie consécutive à l'inflammation. Cette pathogénie inadmissible à l'heure actuelle contenait pourtant une petite part de vérité.

Cas de grande rétention. — Nous n'avons connaissance de cystite ayant provoqué une grande rétention chez la femme que dans deux cas. L'un cité par Gross et Heuly, de Nancy, chez un sujet de 68 ans (nous discuterons d'ailleurs, à la fin de nos observations, celle de ces auteurs, qui est douteuse à notre avis). L'autre est rapportée par Céalic et Strominger, chez une petite fille de 5 ans. L'enfant, atteinte de cystite colibacillaire, avec une rétention habituelle de 500 gr., présentait à plusieurs reprises une rétention complète aiguë, mais passagère. La thèse de Condamy (1893) ne signale que trois observations d'inégale valeur,

toutes chez des hommes, et celle de Labroy (1900) reste muette également sur des cas féminins de grande rétention. La sensibilité est tellement exagérée dans les cystites (confirmation manométrique) que la vessie se contracte douloureusement et fréquemment sur son contenu. Grâce à la simplicité de l'urètre féminin, l'urine peut être expulsée, malgré que la contraction soit « feu de paille », comme le dit Guyon.

Cas de petite rétention. — Au cours des cystites, les petites rétentions sont les plus fréquentes. Albarran pense que les malades, pour éviter les douleurs qui accompagnent les dernières gouttes dans les *cystites aiguës*, contractent inconsciemment leur sphincter afin que l'évacuation ne soit pas totale. Mais les *cystites chroniques* peuvent être incriminées encore plus souvent. Une des observations les plus typiques est celle de Caméro : une femme atteinte depuis dix ans d'une cystite post-partum, avait des hématuries, des douleurs violentes, 56 mictions par 24 heures et bien que la capacité vésicale fut tombée à 50 centimètres cubes, la vessie retenait encore 20 gr. d'urine. Michon, Pasteau, Albarran et Noguès ont observé des cas analogues.

Hallé et Motz, en étudiant l'anatomie pathologique des cystites chroniques, ont montré que la principale lésion macroscopique consiste dans une hypertrophie de la paroi, qui peut atteindre à la coupe 2 à 3 centimètres, au lieu de 5 à 10 millimètres seulement. La couche musculaire passe par plusieurs stades. D'abord, elle s'hypertrophie par surcroît de travail, puis le tissu

conjonctif envahit les interstices des couches et des faisceaux musculaires, s'infiltré dans le faisceau lui-même qui, peu à peu, est dissocié en îlots : c'est le stade atrophique. Mais cette altération n'atteint pas simultanément toute l'étendue de la couche musculaire. Celle-ci, complètement déchue en certains points, présente, en d'autres, des faisceaux encore hypertrophiés. Quand se produit la contraction, certaines parties agissent fortement, tandis que d'autres restent inertes. Il en résulte une incoordination qui ne permet pas l'évacuation totale de l'urine, d'autant plus que la couche fibro-adipeuse externe empêche la vessie de se rétracter complètement sur elle-même. L'examen manométrique confirme de telles lésions.

Hallé et Motz ont montré que c'est dans la cystite tuberculeuse que la rétention est la plus fréquente, la plus accusée, avec des lésions plus prononcées.

b) PAR NÉOPLASME. — On a signalé de petites rétentions consécutives à l'infiltration néoplasique des parois, indépendamment des cas d'obstruction du col par la tumeur, ses déchets ou des caillots.

C. — Des Rétentions dans les affections organiques du système nerveux et dans les Névroses.

1° *Dans les affections organiques du système nerveux.*

Si nous nous reportons à la physiologie normale de la miction, il est aisé de comprendre que cette

fonction implique l'intégrité des voies afférentes et efférentes de la vessie, ainsi que des centres qui interviennent dans l'acte. Une lésion sur le trajet de l'arc réflexe, telle que la sensation du besoin (premier réflexe), soit annihilée, l'action des centres réflexes médullaires, sympathiques ou cérébraux annulée, le centre moteur du sphincter excité, déterminera de la rétention d'urine.

Nous distinguerons :

a) LES RÉTENTIONS D'ORIGINE CÉRÉBRALE. — Elles sont assez fréquentes dans les maladies du cerveau, même quand celles-ci évoluent avec intégrité sensorielle, même quand elles ne sont pas associées à des lésions spinales ; la plupart du temps il s'agit : d'hémorragies, de tumeurs, de ramollissement, rarement d'abcès. La paralysie vésicale n'est pas rare dans l'hébétude (commotion cérébrale, imbecellité).

b) LES RÉTENTIONS D'ORIGINE MÉDULLAIRE. — Parmi les maladies spinales, c'est le *tabès* qui mène le plus souvent à la rétention. Dans ce cas, il y a sclérose des racines postérieures. Cette sclérose débute par les fibres qui conduisent la sensibilité au contact, la sensibilité à la douleur et le sens des attitudes. Il est donc compréhensible que les tabétiques n'aient pas conscience de l'état de réplétion de leur vessie. Si, systématiquement, à certains moments de la journée, le sujet n'évacue pas sa vessie, la rétention s'installe.

D'après tous les auteurs, elle a une fréquence égale dans les deux sexes. Nous verrons que, cliniquement, cette rétention tabétique se rapproche beaucoup de

la « rétention sénile », que nous étudierons bientôt. Nous indiquerons les moyens de les différencier.

La myélite primitive, les compressions médullaires peuvent également provoquer l'ischurie. Ces compressions sont réalisées par des tumeurs de la moelle, des méninges, du tissu cellulaire intra-rachidien ; par des altérations vertébrales osseuses, par fractures et luxation du rachis. Le *mal de Pott*, le *cancer vertébral* peuvent parfois être incriminés. Dans les inflammations méningo-myélites, il faut surtout retenir les *méningo-myélites blennorragiques* (Barié).

La *sclérose multiple*, la *polynévrite* et la *polyomyélite aiguë ou chronique* sont assez souvent en cause au contraire de la sclérose amyotrophique, de la maladie de Friedreich. La *rachistovainisation* naturellement paralyse le muscle vésical. Il faut encore citer les *anémies brusques* par embolie (Desnos), par spasme des vaisseaux ; les *hémorragies médullaires* (Boppe), l'*hématomyélie centrale* (Minor), le *spina bifida*.

2° Dans les Névroses.

Parmi les névroses, l'*hystérie* peut être bien souvent une cause de rétention. Fréquemment, celle-ci est complète. Janet faisait remarquer qu'il fallait attribuer à cette origine les cas fameux, où un simple décubitus dorsal, un léger traumatisme, tel qu'ablation d'un kyste synovial et autres opérations chirurgicales (en dehors de l'appareil génital), furent suivis de rétention d'urine.

Les cas d'*ischurie neurasthénique vraie* sont assez rares, car il faut en excepter la pseudo-rétention, le bégaiement urinaire, l'impossibilité des nerveuses d'uriner dans certaines conditions (quand on les regarde, quand elles sont pressées).

Genouville a montré que la principale caractéristique des névropathes était une diminution de la contractilité et une augmentation de la sensibilité à la distension. Mais on peut rencontrer, chez les hystériques, une anesthésie complète de la vessie.

D. — Des Rétentions d'origine réflexes sans obstacle mécanique et sans lésions vésicales.

1° Nous étudierons en premier lieu : le *spasme de l'urètre*. Contrairement à l'opinion d'Albarran et malgré la moindre importance de l'appareil sphinctérien chez la femme, il n'en est pas moins vrai que, d'après la conception moderne, cet accident peut se produire. La « constitution émotive » et les troubles psychopathiques si fréquents dans le sexe féminin y prédisposent, si la simplicité anatomique le rend le plus souvent peu dangereux et s'il cède facilement au cathétérisme. Nous savons que toute irritation transmise à la moelle à un niveau sus-jacent au troisième segment sacré, sera capable de l'engendrer. Il est la résultante d'un réflexe spino-spinal ou sympathico-spinal. Le psychisme peut intervenir à lui seul; ainsi, les sujets dont nous parlions précédemment, qui ne peuvent uriner devant témoins, présentent ce

spasme. Les secousses d'un train, d'une voiture peuvent le provoquer. De même, la douleur dans toutes ses formes, qu'elle provienne de la sphère génitale — urétrite aiguë, colique néphrétique — du tube digestif — entéralgie — ou de la plèvre, du péritoine.

2° Les *traumatismes chirurgicaux* du bassin ou de l'abdomen, les opérations sur la mamelle, organe paragénital, peuvent être à l'origine de la rétention, qu'il s'agisse d'un spasme, d'une inhibition ou d'un trouble sensitif de l'urètre. La *coprostase* peut agir de même, non par compression, mais par voie réflexe. Hoch de Prague a noté de l'ischurie au cours d'*hémoptysies* tuberculeuses et de *fissure anale*. Marion a rapporté un cas de *pyélonéphrite grippale*, qui s'accompagna, chez une malade, de rétention. Il ne put l'attribuer qu'à un trouble réflexe d'origine rénal, car l'état général du sujet était bon ; il n'y avait pas trace de cystite, et l'on s'était abstenu de toute exploration. Enfin, quelques auteurs ont signalé une rétention relevant certainement d'un mécanisme réflexe, au cours des *dilatations congénitales urétéro-pyéliques*, telles que celles étudiées par Legueu et Papin, par Escat.

3° *Rétentions au cours des intoxications et des infections.*

La question a déjà été traitée par Albarran, qui n'envisage la possibilité que de deux pathogénies : la névrite périphérique et la poliomyélite. Le poison et la toxine n'agissent pas sur le muscle vésical, mais

sur le système nerveux. La lésion musculaire est une lésion secondaire de dégénérescence, la lésion initiale est dans les conducteurs nerveux. Il ne s'agit que d'un trouble fonctionnel ; la cause cessant, le muscle recouvre d'ordinaire sa contractilité.

a) INTOXICATIONS AIGUES. — L'As, le Hg, le Ph, la benzine, introduits dans l'organisme à dose massive ou à dose légère prolongée, ont pu provoquer de la rétention. Cartaz a publié un cas de paralysie vésicale par emploi de l'*acide phénique* en injection intra-utérine chez une accouchée. La rétention dura aussi longtemps que l'intoxication. Faut-il penser, avec English, que tous ces faits sont moins rares qu'on ne le croit ordinairement et qu'ils pourraient expliquer la cause méconnue de bien des rétentions ?

b) INTOXICATIONS CHRONIQUES. — On a signalé de l'ischurie dans le *saturnisme* et l'*alcoolisme*.

c) INFECTIONS AIGUES. — Les *appendicites*, les *péritonites*, les *urétrites* à gonocoques ont été mises parfois à l'origine de paralysie vésicale. Guyon a créé le terme de rétentions *médicales*, pour désigner les rétentions causées par les pyrexies aiguës. Il s'agit de malades atteintes d'une affection médicale que cette rétention vient compliquer.

Landouzy, dans sa thèse, la signale comme possible au cours de toutes les maladies aiguës. En particulier : la *rougeole*, la *variole*, la *dysenterie*, le *rhumatisme articulaire aigu*, le *tétanos*, la provoquent assez fréquemment ; mais, en premier lieu, il faut mentionner : la *fièvre typhoïde*, le *paludisme* et la *diphtérie*.

d) INFECTIONS CHRONIQUES. — Il faut inscrire la *syphilis*, sur laquelle nous reviendrons dans notre deuxième partie. On a signalé la *glycosurie*, la *cachexie palustre*, la *chlorose* (Papillon).

Deuxième Partie

CHAPITRE PREMIER

Historique de la “ Rétention Sénile ”

Quelques auteurs anciens, qui constatèrent de la rétention d'urine chez la femme, croyaient, selon la théorie de l'époque, quand l'obstacle mécanique ne pouvait être incriminé, qu'elle était due à la « paralysie de la vessie ». Paralysie d'ailleurs qui serait la conséquence directe d'une inflammation.

Le premier, CHOPART disait en 1791 : « Enfin, l'action de la vessie s'affaiblit, se perd comme dans toute autre inflammation qui attaque un muscle, un organe moteur. » Ailleurs, il ajoute : « En effet, on ne voit jamais un muscle enflammé se contracter. Si on le force d'agir, il ne peut exécuter que de faibles mouvements. On ne doit donc plus croire présentement que la vessie enflammée et plus sensible acquiert

plus d'énergie et se contracte avec plus de force qu'avant cet état ; elle est au contraire impuissante et cesse d'agir jusqu'à ce que la phlogose de ses parois soit dissipée. »

Nous avons vu, en étudiant les cystites comme cause de rétention d'urine, ce qu'il faut en penser depuis les travaux de Genouville. Mais Chopart entrevoyait déjà la loi générale qui devait être formulée en 1837 par STOCKES : « L'inflammation, d'abord limitée à la muqueuse envahit secondairement la tunique musculaire qu'elle paralyse dans ses fonctions. »

Civiale, dans son « Traité », soutient la même conception. Il faut arriver à VOILLEMIER et LE DENTU pour trouver, dans leur « Traité des maladies des voies urinaires, les premiers doutes exprimés à cet égard.

M. HACHE, dans le « Dictionnaire Encyclopédique », déclare que la cause invoquée jusqu'alors est exceptionnelle, GUYON, dans ses premières leçons cliniques, ne parle pas de cette paralysie vésicale.

Nous connaissons bien maintenant les lésions déterminées par la cystite dans les parois de la vessie. Les quelques cas de rétention consécutive sont nettement individualisés ; il n'y a aucune analogie avec ceux de notre rétention sénile. L'examen clinique et anatomo-pathologique les différencient nettement. Mais, à cette époque, non seulement on attribuait tout à la paralysie vésicale, quand il n'y avait pas d'obstacle ; mais certains allaient même plus loin. A propos de l'hypertrophie prostatique, les urologistes se rangeaient en deux clans. Les uns, avec CIVIALE, étaient partisans de la paralysie d'origine inflammatoire ; les

autres, avec MERCIER, n'invoquaient que l'obstacle mécanique. La discussion durait déjà depuis des années, lorsque GUYON, en 1885, exposa magistralement, dans une de ses leçons cliniques, sa fameuse conception de l'état prostatique : « Maladie générale atteignant les départements les plus essentiels de l'appareil urinaire ». Donc, non seulement caractérisée par l'augmentation de volume et la déformation de la prostate, mais pouvant se localiser de même aux reins, à la vessie. Selon la répartition des lésions, prédominant des phénomènes rénaux, vésicaux, etc... Guyon précisait : « *Les prostatiques sont des artério-scléreux* ». « Et je crée le mot de *prostatisme*, terme clinique, qui désigne, quelle que soit la localisation première, un ensemble de symptômes répondant à un ensemble de lésions ayant un fond commun : l'artério-sclérose. »

LAUNOIS, reprenant les idées de son maître, crut démontrer anatomo-pathologiquement que, chez tous les prostatiques, on trouvait les lésions précédentes.

DESNOS, dans la « Gazette Médicale » de Paris, 1888, se basant sur la cause, demande qu'on substitue au mot prostatisme, celui « plus vrai, dit-il, de sclérose vésico-prostatique ». Pour chercher un argument à cette théorie, opposée à celle de l'obstacle prostatique, il a l'idée de vérifier si, chez les femmes âgées, on peut trouver les mêmes lésions, à défaut de vérifications anatomo-pathologiques, si celles-ci peuvent présenter les mêmes symptômes de prostatisme. Et, en 1889, il écrit, à l'article : Prostate, in « Dictionnaire Encyclopédique des Sciences médicales » :

« Sans vouloir forcer les analogies, on peut comparer ce qui se passe à certains troubles de miction qui surviennent chez les femmes âgées. Nous nous sommes livrés à cette étude, que nous avons pu poursuivre grâce surtout à l'obligeance de M. Berbez, qui nous a mis à même d'observer les pensionnaires de la Salpêtrière. Sur 100 sujets de plus de 65 ans, 28 présentaient, à des degrés divers, des symptômes qui rappellent ceux des prostatiques à la première période : fréquence nocturne, lenteur et retard de la miction, et souvent satisfaction incomplète du besoin d'uriner. Enfin, sur 3 d'entre elles, dont les symptômes étaient les plus marqués, il existait un certain degré de rétention incomplète, sans cystocèle, ni cystite chronique. Si les femmes ne paraissent pas dépasser cette période, c'est que les voies d'émission de l'urine présentent une grande simplicité, qui ne permet pas à la distension de s'établir. »

En 1891, CHEVALIER reprend la question et apporte une observation remarquable de « prostatisme vésical », chez la femme. Car le premier, il ne craint pas d'employer ce terme paradoxal, mais qui correspond bien à la définition qu'en a donnée son maître. Après avoir rappelé la « statistique de Desnos » : « Ces faits, dit-il, ne peuvent amoindrir l'importance du rôle de la prostate chez l'homme, dans les troubles de la miction chez les vieillards. Mais ils montrent la solidarité des lésions qui atteignent l'ensemble de l'appareil urinaire des gens âgés... Les quelques recherches que nous avons faites, en interrogeant les malades âgées de 50 ans et au-dessus, actuellement présentes à l'Hô-

pital Necker, ne nous ont pas donné de résultats. Mais leur nombre est peu élevé : 28 malades et 10 seulement d'entre elles avaient dépassé 65 ans. Cette petite enquête montre cependant que les troubles de la miction ne doivent pas avoir la même fréquence chez les gens âgés des deux sexes. Mais nous ne saurions considérer comme décisives, même dans ce sens, le peu de recherches qu'il nous a été donné de faire. Aussi bien, dans cette note, n'avons-nous d'autre but que de fournir à la curieuse étude du prostatisme chez la femme, un fait probant, sans entrer dans l'étude d'une question qui, à notre avis, *mérite d'autres recherches.* »

Dans le même temps, HERMANN, dans « Transactions of the Obstetrical Society of London » (1887), étudiant les rétrécissements d'urètre chez les femmes, cite quelques cas de « rétrécissement sénile ». Il prétend que l'on peut rencontrer, chez la femme âgée, sans antécédent gonorrhéique, ni cause locale quelconque, un épaissement fibreux de la cloison uréthro-vaginale. « Ce serait, dit-il, l'homologue de l'hypertrophie de la prostate. » Nous savons, en effet, qu'embryologiquement la cloison uréthro-vaginale est formée, de même que la prostate, par l'extrémité inférieure du canal de Müller, s'appuyant sur l'allantoïde ; mais nous savons aussi que l'hypertrophie de la prostate est constituée par un adénome des glandes péri-urétrales. Sans doute, sur cette cloison, il y a bien quelques glandes analogues, mais l'auteur parle de tissu fibreux ? D'ailleurs, il pense qu'il faudrait, pour renforcer cette opinion, une démonstra-

tion anatomo-pathologique plus convaincante que le léger frottement rugueux perçu au cathétérisme.

Pour appuyer sa thèse, Hermann apporte de sérieuses références. Il cite des observations analogues, présentées par : CHURCHILL, dans « Diseases of Women », 5 th. édition, 1864; par EARL, dans « London Medical Gazette », 1829 ; par VELPEAU, dans la « Revue Médicale de Paris », avril 1837, et enfin par LAR-CHER, dans la « Gazette Médicale de Paris », 1834.

Plus tard, VAN DE VARKER, dans le « Journal American Medical Association », 1890, reprend la question et apporte d'autres faits à l'appui. Que faut-il penser de ce rétrécissement sénile ? Jamais aucun autre auteur n'a, depuis lors, signalé de pareils cas, si ce n'est peut-être le Docteur KEYES JUNIOR, de New-York, qui en fait mention au Congrès International d'Urologie de 1908 : « Certains cas de rétention, dits sans obstacle mécanique, sont appelés ainsi à tort. L'obstacle existe, mais il faut savoir le chercher. Dans certains cas, en introduisant le doigt dans le col, on reconnaît une sclérose minime, très minime du muscle, mais suffisante pour déterminer de la rétention ». Ce fait ne serait pas en désaccord avec l'opinion de GENOUVILLE, dans sa thèse remarquable (1894). En étudiant la contractilité vésicale chez les prostatiques, ce dernier auteur rappelle le prostatisme chez la femme et le cas de Chevalier, auquel, selon lui, les observations d'Hermann et Van Varker seraient tout à fait comparables. Il s'agirait de sclérose du tissu uréthro-vaginal. Plus récemment, P. ESCAT et A. DOR citent, dans leur étude des rétrécissements, le « rétré-

cissement sénile », qu'ils n'ont jamais rencontré, disent-ils. Ils s'abstiennent d'ailleurs de tout commentaire. PASTEAU estimait « qu'il s'agissait de rétrécissement inflammatoire méconnu, mis en relief par la sclérose uréthro-vésicale commune chez les vieilles femmes ».

En 1892, à Bordeaux, ALDEBERT, élève du Professeur Pousson, dans sa thèse sur la « Contribution à l'étude du prostatisme », apporte deux nouvelles observations de prostatisme chez la femme.

KORS d'Anvers, en 1898, deux autres également : « Le prostatisme est lié intimément à l'athérome, dit-il. Donc, la vessie joue un rôle aussi grand que la prostate. A cause de l'athérome, les fibres musculaires disparaissent et sont remplacées par du **tissu conjonctif**, il en résulte des contractions irrégulières de l'organe, qui ne concordent plus au même but : uriner méthodiquement. La vessie doit faire de plus grands efforts pour accomplir la miction. Plus tard, le tissu musculaire devient de plus en plus rare et l'organe devient incapable de se débarrasser de l'urine en tout ou partie. Cela explique le prostatisme chez la femme. »

Enfin, en 1901, parut dans le service de Guyon, sous l'inspiration de Pasteau, la thèse de *Barbin* qui constitue le premier travail d'ensemble sur cette question. L'auteur individualise nettement ce type de rétention, s'il se rattache à la théorie de la sclérose vésicale, cependant il avoue qu'en réalité sur les 5 observations qu'il présente, aucune de ses malades n'était artério-scléreuse. « Ce sont de vieilles femmes,

dit-il, enfin, il n'y a que cette chose que nous sachions. »

Cette même année, *Stanislas Ciechanowski*, dans son ouvrage « Quelques aperçus sur le prostatisme au point de vue anatomo-pathologique », ruinait la théorie ingénieuse de Guyon, déjà mise en brèche par *Casper et Bohdanowicz*. Il disait, en résumé : « Les symptômes cliniques du prostatisme de l'homme ou de la femme ne sont pas dus à la même cause anatomique générale. Les lésions organiques correspondantes à ces symptômes ne sont ni équivalentes, ni similaires et ne tiennent pas à une cause provocante commune. En ce qui concerne particulièrement l'artério-sclérose, on ne saurait voir en elle l'agent étiologique commun des lésions rénales, vésicales et prostatiques qui surviennent au cours du prostatisme. La raison anatomique de l'atonie ou de l'insuffisance vésicale que l'on rencontre dans le prostatisme réside dans le changement de rapport entre le tissu musculaire et le tissu conjonctif interstitiel de la vessie. Dans la majorité des cas, cette modification est due à l'atrophie simple du muscle, l'augmentation absolue du tissu conjonctif ne se produirait qu'à la suite d'une cystite chronique ».

En 1902, *Motz et Arrèze* démontrent que la raison anatomique invoquée par Ciechanowski n'est pas conforme à la réalité, car au lieu d'atrophie, dans la majorité des cas le muscle vésical est hypertrophié. Ils affirment également que le prostatisme sans prostate ne peut être expliqué par l'artério-sclérose.

En 1908, au Congrès de l'Association Internatio-

nale d'Urologie, *Albarran et Noguès* ne consacrent qu'une très brève mention au prostatisme chez la femme. Voici les paroles du rapporteur : « Chevalier qui étudia ces cas, n'en élucida pas la pathogénie qui reste obscure. On ne peut attribuer ces rétentions à la sclérose vésicale, dont on a constaté l'absence et on ne saurait les expliquer par aucune des causes aujourd'hui connues que nous avons énumérées. »

Bazy, tout récemment, revient sur la question, dans le *Journal d'Urologie*, 1921. Il préfère appeler ces cas « Stagnation vésicale ou évacuation incomplète de la vessie chez la femme », et, il donne la raison, d'ailleurs très logique, de l'emploi de ce terme. Nous ne pouvons le conserver, car l'auteur ne mentionne pas ainsi les cas de rétention complète, qui se rencontrent parfois, bien qu'exceptionnellement, comme nous le verrons plus loin. *Bazy* apporte six observations nouvelles dont nous devons en écarter au moins deux, l'une, étant un tabès; l'autre, une tuberculose.

Plusieurs sont assez nettes, quoique l'on puisse se demander si dans un cas ou deux, il ne s'agit pas de petites rétentions consécutives à une cystite.

Enfin notre maître, *M. le Professeur Gayet*, nous inspira le sujet de cette thèse, ayant eu plusieurs fois l'occasion, tant en clientèle que dans son service, à St-Pothin, de rencontrer des cas semblables. Il pense d'ailleurs que beaucoup de ces accidents de rétention incomplète chez la femme âgée doivent passer inaperçus, le médecin n'ayant pas l'attention attirée sur leur possibilité, jusqu'au jour où survient une complication sérieuse, fatale, dont on ne découvre pas

l'origine. Nous reviendrons largement sur ce point.

Dans le *Lyon-Médical* du 1^{er} mars 1925, parut un travail de M. Gayet, intitulé: « Rétention d'urine chronique chez la femme », qui constitue la base sur laquelle nous édifions notre thèse.

En résumé, à la suite de cet historique, deux questions se posent naturellement à nous.

D'abord, celle de l'obstacle mécanique, soulevée par Hermann; puis celle d'une lésion du muscle vésical, avec Guyon, Chevalier. En somme, c'est l'éternelle discussion pour expliquer la rétention quand il n'y a pas d'obstacle absolument évident. C'est le problème du prostatisme sans prostate. Nous savons que pour l'homme, avec Albarran, Noguès, puis enfin, avec Legueu (1912), la question est résolue : la prostate peut être toujours incriminée, même si secondairement il faut faire intervenir une action réflexe.

Mais pour la femme, le problème va se dresser de nouveau et nous devons, au cours de notre pathogénie, discuter les deux mécanismes.

CHAPITRE II

Étude Clinique.

Au cours de ce chapitre, après avoir présenté nos malades, procédé à l'interrogatoire et à l'énumération des différents symptômes fonctionnels et généraux, nous insisterons tout spécialement sur l'examen local et, en particulier, l'*examen cystoscopique et manométrique*. Puis, nous donnerons les résultats d'une statistique faite par nous et portant sur 165 femmes âgées de plus de 45 ans, que nous avons *sondées systématiquement* pour rechercher leur résidu vésical.

Nous donnerons de même les *résultats de nos recherches manométriques*, portant sur des cas de « rétention sénile » et comparativement sur d'autres rétentions.

I

Il s'agit, le plus souvent, de femmes âgées, ayant dépassé la ménopause, généralement entre 50 et 75 ans.

a) Lorsqu'elles viennent à la consultation, elles ne se plaignent parfois que de troubles généraux, de dyspepsie, d'amaigrissement. A cette période, où le trouble urinaire ne se traduit par aucun signe précis, le médecin aura-t-il l'idée de chercher la relation entre ces symptômes et l'imperfection de l'évacuation vésicale ?

b) Mais, le plus fréquemment, ces malades arrivent vers le praticien avec un état général relativement bon, accusant surtout des troubles urinaires : ils caractérisent d'ordinaire une crise d'infection vésicale, ce sont des brûlures, des piqûres à la miction, de la pollakiurie.

Si le clinicien n'a pas l'attention mise en éveil, s'il se contente de traiter cette cystite d'apparence banale par des moyens médicamenteux ou de simples lavages, il laisse échapper le diagnostic.

c) Plus rarement ces femmes âgées ont la sensation nette de leur incapacité à vider leur vessie. Elles se livrent à des efforts qui amènent ou accentuent les hémorroïdes, le prolapsus rectal, les hernies. Ainsi, M. le Professeur Gayet, a observé une vieille femme de ses clientes qui cherchait, par des positions variées, à aider l'issue de l'urine, se penchant en avant et même « urinant à quatre pattes ».

d) Enfin, exceptionnellement, elles s'aperçoivent que leur « ventre grossit », devient douloureux, bien que la miction persiste.

e) Bien plus rarement encore les malades arrivent, effrayées, parce que, brusquement, elles ont été dans

l'incapacité absolue d'émettre une seule goutte d'urine ou bien parce qu'elles se mouillent continuellement.

Diagnostic.

Le *cathétérisme est la clef du diagnostic*. D'ordinaire, quand la rétention n'est pas évidente, en présence des troubles généraux ou de la légère cystite précédemment mentionnée, le médecin averti fera uriner la malade et cherchera son résidu.

Interrogatoire.

Connaissant la quantité exacte d'urine résiduelle, qui caractérise cette rétention incomplète chronique sans distension, il faut serrer de près l'interrogatoire, rechercher tout passé urinaire : Il s'agit de femmes, atteintes depuis longtemps de légers malaises ; les croyant inhérents à l'âge, elles s'en occupaient fort peu. C'était une incontinence de quelques gouttes à l'occasion de la toux et du moindre effort ; des envies fréquentes ; une sensation de pesanteur au bas-ventre et au vagin, accompagnée de démangaisons vulvo-périnéales, d'hémorroïdes.

Ces malades cherchent en vain l'origine de leurs troubles, elles ne peuvent les rattacher à aucun fait antérieur.

Depuis quelques mois, leurs mictions devenaient également plus difficiles, leur fréquence d'abord plus marquée pendant la nuit, est apparue de même dans la journée. Après chaque miction, d'ailleurs peu abon-

dante, le besoin disparaissait, mais au bout d'une heure environ, il revenait impérieux. L'évacuation n'était pas douloureuse, mais nécessitait un léger effort. Le jet d'urine perdait de sa force et les dernières gouttes se répandaient sur la vulve en la mouillant plus que de coutume. Suivant les périodes, ces troubles étaient variables, tantôt augmentant d'intensité, tantôt rétrocedant complètement. L'urine résiduelle restait claire et sans dépôt. Bref, tous ces malaises n'attiraient guère l'attention des malades, tout au moins ne leur donnaient aucune inquiétude.

Notons que cet ensemble symptomatique rappelle assez les débuts du prostatisme chez l'homme. Chez nos sujets, comme chez les vieux prostatiques, les exercices, les marches, facilitent les mictions et diminuent leur fréquence ; la nuit, le repos fait que la vessie fonctionne plus mal.

En résumé : Nous voyons que les anamnestiques mènent bien rarement sur la voie du diagnostic, car les malades ne les accuseront d'ordinaire jamais spontanément ; on ne peut les rechercher, le plus souvent, qu'après la constatation du résidu. Si la forme de rétention chronique incomplète sans distension est la plus habituelle, toutes les formes de rétention chronique peuvent se rencontrer. Les malades, avons-nous dit, s'aperçoivent parfois que leur « ventre grossit » : ainsi, le globe vésical distendu fait saillie et le cathétérisme confirme une rétention chronique incomplète avec distension.

Enfin, nous avons vu que la rétention pouvait être

complète, avec ou sans mictions par regorgement (deux cas très exceptionnels cités par Barbin, un autre autre par nous-même).

Diagnostic différentiel.

En présence de l'urine résiduelle, si l'interrogatoire peut aiguiller le diagnostic, il ne peut le confirmer. Avant de parler de « rétention sénile », il faut éliminer les nombreuses causes de rétentions, envisagées dans notre « Classification ». C'est ainsi qu'il faut procéder à un examen général et à un examen local.

EXAMEN GÉNÉRAL

On doit dépister toute intoxication, toute infection, toute maladie nerveuse en particulier, et se demander à chaque affection rencontrée, si elle peut être la raison de la rétention. Si les résultats de cette investigation sont négatifs, on procèdera comme il suit :

EXAMEN LOCAL. — Il faut inspecter, palper, percuter l'abdomen, pratiquer le toucher vaginal et le toucher rectal, faire l'examen au spéculum, afin d'éliminer toute cause de compression abdominale ou pelvienne. Dans les cas normaux, on trouve un utérus, petit, dur, mobile, dont les annexes sont difficilement senties. Alors, entrebâillant la vulve, on lave la région, on douche le méat entr'ouvert. Si l'on ne constate rien d'anormal à l'inspection, il faut éliminer toute cause d'obstruction du conduit, à l'explorateur à boule ou à la sonde, enfin « faire pousser » pour voir s'il y a cystocèle.

Malgré ces différentes explorations, le diagnostic de « rétention sénile » ne pourra être confirmé que par les examens suivants :

1° *Cathétérisme.*

Les urines résiduelles peuvent être claires, troubles par un dépôt d'urates ou contenir le pus d'une cystite concomitante. En général, dans le cas de rétention chronique incomplète, leur quantité est rarement, comme l'a fait remarquer Desnos, aussi considérable que chez l'homme. Les chiffres de 50, 100, 150 sont les plus fréquents, dit-il. Dans les 5 observations rapportées par Barbin, le résidu était de 100, 150, 160 centimètres cubes pour les 3 premières ; la rétention était complète, avec une distension de 850 et 1.200 centimètres cubes, pour les 2 dernières. Dans les 6 observations que nous apportons, le résidu était respectivement de 150, 80, 80, 50, 40 centimètres cubes, pour les 5 premières, la dernière rétention était complète.

A propos du traitement, nous rappellerons la méthode d'évacuation d'une vessie rétentionniste. On peut encore, au moyen de la sonde, apprécier la sensibilité au contact. La vessie est sensible, mais elle n'est pas douloureuse (sauf cystite). Nous verrons que la sensibilité à la distension et la capacité vésicale sont mieux appréciées par le manomètre, mais déjà on peut se rendre compte que la pression intravésicale n'est pas considérable. Le jet d'urine qui s'échappe par la sonde présente une faiblesse analogue à celui des vieux prostatiques. Si on relève l'extrémité

du cathéter au-dessus du pubis, on peut, avec l'habitude (quand on ne possède pas de manomètre), apprécier grossièrement la pression, par la hauteur atteinte par le jet.

2° *Examen Cystoscopique.*

La vessie ayant été complètement évacuée, on la lave, puis on la « garnit ». L'examen est fait d'ordinaire après une injection lente de 140 à 150 gr. d'un liquide tiède.

Normalement, une vessie, après une injection semblable, annonce le besoin d'uriner ; pour peu qu'il y ait une cystite surajoutée, ce besoin surviendra pour une quantité beaucoup moindre. Les lésions rencontrées correspondent au degré de la rétention. On trouve toutes les graduations depuis les petits résidus de 30 grammes jusqu'aux énormes distensions.

C'est, tout d'abord, une muqueuse rouge, *congestionnée* par la stagnation, chagrinée, framboisée, surtout s'il s'y ajoute de l'infection ; alors on pourra trouver des ulcérations, des exsudats pseudo-membraneux. A un stade plus avancé, on note l'apparition de *colonnes*. Les unes, longitudinales, sont surtout marquées à l'union de la face antérieure et de la face postérieure ; les autres, transversales, moins nombreuses, sont surtout limitées à la partie inférieure de la paroi postérieure. Pour Barbin, les colonnes n'étaient qu'un signe de sclérose ; nous savons aujourd'hui qu'elles ne traduisent que la lutte soutenue par une vessie pour surmonter un obstacle quelconque,

durable, qu'il réside dans les voies urinaires, qu'il soit l'effet d'une lésion de voisinage ou d'un trouble nerveux.

Selon la comparaison de Genouville, le muscle vésical serait, dans le cas du muscle cardiaque, en présence d'un rétrécissement d'orifice. Dans une première période, l'effort à fournir est peu supérieur à la normale, le muscle se contracte bien (eusystolie). Puis la résistance augmente, l'effort à fournir est plus considérable, le muscle s'hypertrophie (hypersystolie). A la longue, le muscle se fatigue, la cavité se vide incomplètement (hyposystolie).

Enfin, bien rarement dans notre cas de « rétention sénile », la contraction deviendra totalement impuissante (asystolie). La vessie cèdera et se distendra. Cette distension est préparée par la formation des *cellules et des poches*, qui sous la pression du contenu vésical se creusent entre les colonnes aux points de moindre résistance. L'urine n'est plus uniformément et rigoureusement pressée par un muscle dont l'action puissante converge régulièrement vers le col vésical ; elle s'accumule dans un réservoir flasque, inerte.

En résumé : au cystoscope dans la « rétention sénile », on trouve tous les degrés, depuis la simple congestion, jusqu'à la présence des colonnes, cellules et poches.

3° *Examen Manométrique.*

Le manomètre, ainsi que l'a montré Genouville, donne des notions exactes du pouvoir musculaire de

la vessie, de sa contractilité et de sa sensibilité. On conçoit donc l'importance que ses résultats peuvent apporter pour confirmer le diagnostic de « rétention sénile » et pour en faciliter la compréhension.

Technique. — La technique à employer est très simple. Guyon, Genouville et Courtade, l'ont étudiée d'une façon particulièrement approfondie.

Nous avons construit nous-même un manomètre, d'après l'appareil modifié par Courtade. Il comprend :

1° *Le manomètre proprement dit, formé par un flacon à deux tubulures, rempli aux trois quarts d'une solution colorée.*

Les deux tubulures sont fermées par deux bouchons de caoutchouc, percés d'un orifice. Un de ces bouchons sert à fixer un petit tube de verre d'environ 80 centimètres de haut, qui plonge dans le liquide jusqu'au niveau de sa partie inférieure. On fixe dans l'autre bouchon un tube plus gros deux fois recourbé sur lui-même. L'extrémité de ce tube, en rapport avec le flacon, doit se trouver dans la chambre à air qui surmonte le liquide.

2° *Un robinet à 3 voies.*

Ce robinet doit être relié au moyen de tubes de caoutchouc, d'une part au manomètre, d'autre part à la seringue et à la sonde. Le robinet à 3 voies, le caoutchouc et le gros tube de verre, doivent être seuls stérilisés. Le manomètre lui-même n'est en effet jamais infecté, car le liquide vésical ne doit pas remonter dans le flacon.

La vessie ayant été vidée. On met la sonde en communication avec le tube qui correspond à la seringue, en tournant le robinet de telle sorte que le liquide injecté pénètre dans la vessie. On laisse entrer ainsi par exemple, 50 cmc. une première fois. En tournant de nouveau le robinet, on fait communiquer la vessie avec le manomètre. On constate alors que le liquide monte dans le petit tube de verre, jusqu'à une certaine hauteur, qui sert de mesure à la pression intravésicale. Le ménisque manométrique est animé d'oscillations régulières, correspondant aux mouvements respiratoires. On remet ensuite la communication entre la vessie et la seringue, on injecte de nouveau 50 cmc. et ainsi de suite. On note chaque fois la pression obtenue en même temps que les symptômes éprouvés par la malade (contact, envie, douleurs); le ménisque s'élève progressivement jusqu'à un certain niveau qui reste à peu près fixe. A un moment donné, le sujet en expérience éprouve le besoin d'uriner, ce besoin coïncide avec une ascension de l'index manométrique. Dans une vessie saine, ce phénomène survient lorsque la quantité du liquide vésical est entre 150 à 200 cmc. correspondant à une pression manométrique majeure de 20 à 22 cmc. L'index manométrique s'élève d'une quantité et avec une vitesse variable, suivant l'état de la musculature vésicale, c'est-à-dire suivant la valeur de sa contraction.

Il convient d'observer certaines règles :

L'appareil doit être peu élevé au-dessus du plan trigonal ; le liquide injecté ne doit pas être irritant, de même on ne doit pas, bien entendu, pratiquer la

manométrie après une injection irritante. On peut, de préférence, employer l'eau boriquée, ou simplement l'eau bouillie.

Le liquide devra être injecté lentement, avec la même vitesse dans chacun des examens. La température ne sera pas trop différente de celle de l'urine.

En un mot, il faut se mettre à l'abri de toutes causes d'erreur.

II

Résultats de nos différents examens.

Au cours de notre « historique », nous avons vu qu'une vingtaine d'observations, absolument typiques, de « rétention sénile », furent publiées successivement par Desnos, Chevalier, Aldebert, Kops, Barbin et enfin Bazy. Nous sommes heureux d'en apporter 7 nouvelles.

Nous avons recueilli les 6 premières dans la Clinique de M. le Professeur Gayet et dans le service de M. le Docteur Dumas.

La septième nous a été transmise par M. le Chirurgien Desgouttes.

Nous avons examiné grâce à l'obligeance de M. Dumas, 165 de ses malades, qui étaient des femmes âgées de plus de 45 ans. Nous savons que sur 100 sujets de plus de 65 ans, Desnos avait trouvé à la Salpêtrière, 3 cas de « rétention sénile » et 28 autres qui présentaient, à des degrés divers, des symptômes de début de prostatisme, sans résidu aucun.

Chevalier, sur 28 malades observées, n'avait pas

constaté de rétention. Nous-même, sur les 165 sujets que nous avons sondés pour plus de certitude, nous avons trouvé 14 cas de rétention, dont 4 de « rétention sénile ». Nous en avons éliminé 4 d'office, qui étaient dues à des prolapsus utérins; les 6 autres reconnaissent une origine nerveuse. Avec notre appareil, nous avons procédé, sur toutes, à des examens manométriques (moins les 4 cas de prolapsus).

Voici nos résultats :

Mme B... Jeanne, 71 ans.

Sénilité : ni troubles généraux, ni troubles urinaires.

Rétention = 0 centimètre cube.

Sensibilité : à 200 gr., besoin d'uriner; à 230 gr., besoin impérieux.

Contractilité : à 200 gr., le manomètre marque 20 cm³.

à 230 gr. le manomètre marque 26 cm³.

Il s'agit d'une vessie normale.

Mme B... Claudine, 81 ans.

Sénilité : mictions fréquentes (toutes les demi-heures), brûlures.

Rétention = 80 cm³. Légère cystite.

Sensibilité : à 300 gr. : besoin d'uriner;

à 350 gr. : besoin impérieux.

Contractilité : à 100 gr. le manomètre marque 10 cm³.

à 250 gr. le manomètre marque 11 cm³.

à 350 gr. le manomètre marque 13 cm³

Il s'agit de « rétention sénile ».

Mme G... Louise, 76 ans.

Sénilité : mictions fréquentes; besoins impérieux.

Rétention = 40 cm³.

Sensibilité : à 250 gr. : besoin d'uriner.

à 280 gr. : besoin impérieux.

Contractilité : à 250 gr. = 12 cm³.

à 280 gr. = 14 cm³.

Il s'agit de « rétention sénile ».

Mlle M... Jeanne, 88 ans.

Sénilité : Fréquence des mictions; brûlures à l'expulsion.

Rétention = 80 cm³.

Léger degré de cystite.

Sensibilité : à 200 gr. : besoin d'uriner.

à 230 gr. : besoin impérieux.

Contractilité : à 200 gr. = 0.

à 230 gr. = 9 cm³.

Il s'agit de « rétention sénile ».

Mme G... Catherine, 76 ans.

Sénilité : polyurie, pollakiurie.

Rétention = 50 cm³.

Sensibilité : à 250 gr.: besoin d'uriner.

à 300 gr. : besoin impérieux.

Contractilité : à 250 gr. : 10 cm³.

à 300 gr. : 12 cm³.

Cas de « rétention sénile ».

Mlle P..., 49 ans.

Sénilité : Constipation intense; pollakiurie (toutes les deux heures).

Rétention = 0.

Sensibilité : à 200 gr. : besoin d'uriner.

à 250 gr. : besoin impérieux.

Contractilité : à 200 gr. : 20 cm³.

à 250 gr. : 27 cm³.

Muscle vésical sain.

Mme P... Louise, 57 ans.

Sénilité : Cardiaque. *Hémiplégie gauche*. Fréquence des mictions. Brûlures à l'expulsion.

Rétention = 170 cm³. Cystite.

Sensibilité : à 250 gr. : besoin d'uriner.

à 350 gr. : besoin impérieux.

Contractilité : à 100 gr. = 0.

à 250 gr. = 11 cm³.

à 350 gr. = 12 cm³.

Azotémie = 0 gr. 65 %.

Mme M... Catherine, 45 ans.

Sénilité : Paraplégie spasmodique. *Sclérose en plaques*. Fréquence des mictions.

Rétention = 60 cm³.

Sensibilité : à 250 gr. : besoin d'uriner.

à 300 gr. : besoin impérieux.

Contractilité : à 250 gr. = 8 cm³.

à 300 gr. = 12 cm³.

Mme P... Françoise, 80 ans.

Sénilité : Impotence complète des membres par paraplégie bulbaire. Mictions fréquentes.

Rétention = 40 cm³.

Sensibilité : à 250 gr. : besoin impérieux.

Contractilité : à 250 gr. 16 cm³.

Mme A..., 82 ans.

Sénilité : Mictions fréquentes.

Rétention : 15 cm³.

Sensibilité : à 200 gr. : besoin d'uriner.

à 250 gr. : besoin impérieux.

Contractilité : à 100 gr. = 9 cm³.

à 200 gr. = 16 cm³.

à 250 gr. = 25 cm³.

Vessie normale.

Mme D... Antoinette, 76 ans.

Hémiplégie gauche. Brûlures à la miction. Pollakiurie.

Effort pour uriner.

Rétention = 100 cm³. Cystite.

Sensibilité : à 200 gr. : besoin d'uriner.

à 250 gr. : besoin impérieux.

Contractilité : à 200 gr. = 10 cm³.

à 250 gr. = 13 cm³.

Mme B... Marie, 47 ans (Service de M. le Prof. Gayet).

Tabès. Au début, mictions fréquentes et peu abondantes,
puis incontinence diurne et nocturne.

Rétention = 200 cm³.

Cystite.

Sensibilité : à 200 gr. : besoin d'uriner.

à 250 gr. : besoin impérieux.

Contractilité : à 200 gr. = 12 cm³.

à 250 gr. = 14 cm³.

Interprétation.

Pasteau et Barbin avaient trouvé sur leurs 5 malades une diminution de la sensibilité à la distension plus accusée que celle observée par nous dans nos différents cas.

L'injection de 250 cmc. en général, donnait, dans les observations des auteurs précédents, une envie mé-

diocre d'uriner ; c'est seulement à 400 cmc. que le besoin devenait impérieux. Pour la contractilité, ils trouvèrent un chiffre d'environ quatre fois moindre. qu'à l'état normal. Nous n'avons constaté nous-même qu'un chiffre trois fois moindre. Ces différences tiennent certainement à ce fait que les résidus, par nous mesurés, sont moins importants que ceux de Barbin, et surtout aux conditions variables de l'expérience (vitesse d'injection, par exemple).

Toutes les indications manométriques sont donc relatives, leur propre valeur réside dans leur comparaison. Quelles sont les autres affections susceptibles de donner des résultats semblables à ceux de la « rétention sénile » ?

D'après nos recherches précédentes, on peut citer : les hémiplegies, les paraplégies, le tabès, la sclérose en plaques. En consultant l'admirable thèse de Genouville (1894), on constate que ce sont précisément les affections signalées par cet auteur.

En résumé : En présence d'une rétention d'urine chez une femme âgée, si l'examen du système nerveux est négatif, si la sensibilité et la contractilité du muscle vésical sont diminuées, on pourra affirmer l'existence d'une « rétention sénile ».

CHAPITRE III

Évolution de la “ Rétention Sénile ”

Infection et Urémie.

Si les cas de « rétention sénile » qui se présentent à la consultation sont relativement rares, c'est que, fort heureusement, l'affection n'arrive pas toujours à un degré assez avancé, par conséquent, suffisamment manifeste. En général, elle ne dépasse pas une première période ou « *période des petits signes* » : fréquence des mictions, lenteur et faiblesse du jet, effort pour uriner. C'est la phase correspondante, comme nous l'avons fait remarquer, de la phase de début du prostatisme chez l'homme. La vie poursuit son cours un peu empoisonnée par ces quelques maux, attribués à l'âge lui-même par les malades. Il faut, semble-t-il, l'intervention d'un nouveau facteur pour que brusquement l'affection passe à une période de la plus haute gravité. Mais cette issue peut être reportée à une date très éloignée, en raison de la faci-

lité de la voie d'émission. Nous sommes en présence de vieilles femmes, qui peuvent succomber à une affection intercurrente, leur lésion vésicale étant restée méconnue.

Si un facteur supplémentaire transforme la rétention incomplète en rétention complète, la miction, par regorgement, peut être une barrière contre une évolution plus sérieuse.

Dans tous les cas, à cette période, le praticien verra certainement la malade, et il la maintiendra à l'aide du traitement que nous indiquerons, dans une situation latente, qui peut durer des années.

Mais il faudra redouter avant tout : l'infection et l'urémie.

1^o *Infection.*

« La vessie qui se vide mal, décante, disait Guyon, et cette véritable lie que les malades n'expulsent jamais, entretient ou accentue l'infection. Nous ne reviendrons pas sur l'extension de la cystite à l'appareil urinaire supérieur, mais nous nous occuperons seulement de l'urémie.

2^o *Urémie.*

Au cours de notre « physiologie pathologique », nous avons vu que Dufour et Debray, en apportant une observation chez la femme, avaient montré que des phénomènes urémiques pouvaient être observés dans ce sexe comme chez l'homme. M. le Professeur Gayet, pense que les troubles généraux qui accom-

pagnent parfois la « rétention sénile », tels que l'amaigrissement, la dyspepsie, sont certainement liés à un certain degré d'azotémie.

Dans une observation que nous avons citée au cours de notre pathogénie, *notre maître a vu une femme dont la rétention atteignait 500 gr. succomber à une crise urémique.*

Nous apportons de même 3 observations.

La première malade, dont le résidu atteignait 150 grammes, présenta une azotémie de 1 gr. 30; la seconde, après évacuation de sa vessie en rétention complète, eut un taux azotémique de 0 gr. 60 et enfin, la troisième, dont le résidu était de 170 cmc., avait un taux azotémique de 0 gr. 65.

En présence de ces constatations, on peut donc avoir, dès maintenant, l'attention attirée, chez la femme comme chez l'homme, sur un *facteur vésical* de l'azotémie aussi bien que sur facteur rénal ou cardiaque.

Toutes les fois qu'une femme âgée présentera un résidu vésical assez important, on recherchera *son taux d'azotémie*, et inversement toutes les fois qu'une femme âgée accusera des troubles dyspeptiques ou d'amaigrissement, on vérifiera si elle n'a pas une rétention d'urine.

Avec M. le Professeur Gayet, nous estimons que certainement sont nombreuses les vieilles femmes, succombant à une crise d'urémie, qui auraient pu être sauvées par le simple traitement d'une rétention, restée méconnue.

CHAPITRE IV

Pathogénie.

La rétention sénile dont nous faisons l'étude spéciale n'a pas mérité en vain le nom de « prostatisme vésical ». Il y a, comme nous le remarquons déjà, similitude assez frappante, avec les symptômes que présentent les vieux prostatiques.

Le cystoscope permet d'y rencontrer les mêmes lésions vésicales : dilatations vasculaires, colonnes, cellules ; au manomètre, on constate, dans les deux cas, la dégénérescence de la contractilité et de la sensibilité du muscle.

Au cours de ce chapitre, nous nous proposons sinon de donner une solution exacte à cette question du « prostatisme sans prostate », tout au moins d'apporter des notions susceptibles d'en rendre la pathogénie plus claire.

Nous nous aiderons des observations et des idées personnelles de M. le Professeur Gayet, des rares travaux antérieurs et des quelques remarques que nous fîmes au lit même des malades.

Nous avons à choisir entre deux mécanismes :

Ou bien, il s'agit d'un obstacle à l'émission ;

Ou bien, il s'agit d'une perte de contractilité du muscle vésical.

A. — Obstacle à l'émission.

1° Cette rétention rentre-t-elle dans le groupe des Rétentions par obstacle mécanique ?

Bien entendu, ce n'est pas un obstacle grossier, facile à découvrir au niveau du col vésical ou de l'urètre. Nous avons vu que la sonde passait sans obstacle, l'explorateur à boule sans ressaut. Cet obstacle est-il si minime qu'il échappe à l'examen ? Nous savons quelle est à ce point de vue l'opinion du Docteur Ed. Keyes, de New-York : en introduisant le doigt dans le col, on peut reconnaître bien souvent une sclérose minime du muscle. Mais, pour étayer cette opinion, les démonstrations anatomo-pathologiques font défaut. De même pour le « rétrécissement sénile » d'Hermann, il n'existe aucune vérification microscopique ; en sondant nos malades, nous n'avons pas observé, comme cet auteur, une sensation légèrement rugueuse des parois urétrales. C'est pourquoi, nous abstenant de toute critique à l'égard de l'opinion de Keyes, et à l'égard de celle d'Hermann, nous estimons cependant que notre rétention sénile reconnaît une toute autre origine.

2° Cette rétention est-elle la conséquence d'un obstacle passé ?

Si en présence de nos malades, on ne peut invoquer pour expliquer leur rétention un obstacle que l'on ne découvre pas, peut-on penser qu'à un certain moment cet obstacle a existé et secondairement a disparu, laissant un muscle épuisé complètement par la lutte qu'il eût à soutenir pour le vaincre ? Combien multiples seraient les causes à invoquer ! Il nous faudrait songer aux compressions de voisinage par des tumeurs abdominales ou pelviennes extirpées depuis, à d'anciennes coprostases guéries, à des corps étrangers expulsés, à des calculs détruits, pour ne citer que les facteurs les plus fréquents. Une telle origine est possible, mais cependant, nous avons montré que l'interrogatoire de nos sujets ne révélait aucun orage passé. Comme nous le ferons remarquer plus loin, très souvent ces malades atteintes de rétention sénile sont d'anciennes *multipares*. Or nous savons que malgré la faculté d'adaptation de la vessie et de l'urètre, la *grossesse* peut provoquer parfois des rétentions prolongées... Mais il est peu probable qu'un tel incident, bien que masqué par la gestation soit sorti de la mémoire de nos malades.

D'autre part, les écrasements et les déchirures, occasionnés par les accouchements, ne sont-ils pas capables d'entraîner des pertes de substance de l'urètre, avec cicatrisation vicieuse, déterminant des *déviations*, ou des *atrésies* susceptibles de devenir au-

tant d'obstacles, que leur peu d'importance fait méconnaître ?

3° Cette Rétention a-t-elle une lointaine origine réflexe ?

A ce point de vue, l'accouchement peut être encore en cause.

a) *Rétention des suites de couches.*

Combien de femmes à la suite d'une couche sont dans l'impossibilité d'uriner spontanément pendant un jour ou deux. Une telle inhibition peut-elle nous étonner quand on songe aux traumatismes que la descente de l'enfant et les manœuvres obstétricales peuvent occasionner dans la zone urinaire.

M. le Professeur Gayet rapporte le cas suivant : « J'ai souvenir d'une jeune femme qui étant, à la suite d'une couche, dans l'impossibilité d'uriner, fut laissée sans sondages pendant 48 heures. On la sonda à ce moment et, peu à peu, la miction se rétablit. Je la vis au bout d'un mois, au cours d'une violente attaque de pyélonéphrite ; à ce moment, je constatais un résidu de plusieurs centaines de grammes ; l'urine résiduelle sortait de la sonde sans aucune force, on avait bien l'impression d'une vessie forcée. Admettons que la jeunesse aidant, la vessie reprenne des fonctions convenables, n'est-il pas à craindre que lorsque l'âge sera venu, la contractilité vésicale ne faiblisse de nouveau et que cette femme ne puisse vider complètement sa vessie ? » Notons que dans les salles de maternité, quand une femme présente après son accou-

chement de la rétention, on attend en général 24 heures avant de tenter le sondage pour diminuer les chances d'infection. Quelques heures peuvent-elles suffire pour léser le muscles vésical dans certains cas ?

De nombreux auteurs l'affirment. Déjà Ambroise Paré avait observé une rétention durant de longs mois à la suite d'une résistance au besoin de quelques heures. Et Otis, de Boston, prétend qu'une rétention de 24 heures peut amener une dilatation musculaire telle, que, pour le reste de ses jours, le sujet peut être condamné à se sonder ; toutefois, ajoute-t-il, il faut un muscle vésical prédisposé pour se laisser distendre aussi aisément.

En dehors de l'accouchement, d'autres causes peuvent intervenir.

b) *Influence du spasme.*

M. le Professeur Gayet, dans le *Lyon-Médical*, cite de même une observation bien curieuse, rapportée par L. Deavor, dans le *Journ. of American Med. assoc.* 1914 : « Celui-ci s'est trouvé en présence d'une femme de 42 ans qui, pendant 28 ans, s'était sondée elle-même régulièrement. Le début a eu lieu à l'âge de 14 ans par une crise aiguë de rétention. A l'examen, on trouve seulement de la cystite et du « spasme » du sphincter interne. La malade fut traitée par la cystotomie sus-pubienne, la fistule fut maintenue pendant 4 mois. Guérison. »

Notre maître pense qu'il s'agissait probablement d'une simple rétention hystérique qui aurait pu guérir

au début par un traitement médical approprié. « Mais là encore, dit-il, après ce rude assaut, la vessie a dû être fort éprouvée dans sa contractilité et de pareils « spasmes » dans la jeunesse préparent peut-être des rétentions chroniques incomplètes vers la soixantaine. »

En résumé beaucoup de causes envisagées dans notre « Classification » qui ont pu, à un moment donné, provoquer une rétention passagère, sont susceptibles d'être à l'origine de la rétention sénile.

Mais nous avons déjà signalé que nos malades n'accusaient aucun passé urinaire : si, elles ont pu oublier une rétention accidentelle, à l'occasion d'une grossesse, ou pendant les suites de couches, tout autre cause ne se serait pas ainsi effacée de leur mémoire. C'est pourquoi, retenant comme raisons très sérieuses l'influence de la gestation et de l'accouchement, nous pouvons encore restreindre le champ de nos hypothèses et penser à un passé de lutttes vésicales moins sévères, mais plus répétées. Nous parlerons de la mauvaise habitude si répandue chez les femmes de ne vider leur vessie qu'à de rares intervalles.

4° Influence de la Rétention volontaire.

Franck, de Berlin, a rapporté, au Congrès International d'Urologie, de 1908, une soixantaine d'observations (hommes et femmes) dont un grand nombre n'avait jamais eu d'affections génitales et dont le système nerveux était sain.

On observait tous les troubles possibles de nature

dysurique, pollakiurie, hématurie, infections et leurs complications. Dans tous les cas, on trouvait une rétention, le plus souvent, peu abondante, quelquefois complète, nécessitant pendant longtemps le cathétérisme. A la complexité des symptômes, répondait la multiplicité des diagnostics faits par les médecins. Au cystoscope, on constatait de la congestion du trigone et du col, des colonnes, des cellules. Tous ces malades déclaraient qu'ils avaient souvent et longtemps retenu leurs urines, malgré un besoin persistant et presque toujours à cause de leurs occupations. Franck tient cet exemple symptomatique complexe pour une maladie professionnelle, fréquemment répandue chez les femmes et chez les jeunes filles. Celles-ci n'ont pas les mêmes facilités que l'homme pour évacuer leur vessie ; dans la journée, elles ne sont pas sollicitées comme lui par la vue des urinoirs qui peuplent nos rues, le plus souvent qu'à son usage.

N'urinant que quatre fois par jour normalement, elles prennent l'habitude d'espacer de plus en plus l'intervalle entre deux mictions. Il est donc compréhensible que ces vessies là soient forcées et qu'à l'âge où l'organisme s'affaiblit, se manifeste leur déchéance.

5^e Influence congestive - Influence ovarienne.

Pouvons-nous accuser les congestions de la menstruation, celles de la gestation et celles de la ménopause avec leur phénomène de dérivation sur la vessie et l'urètre : toutes conditions qui rendent la vessie

irritable (Zùckerkandl) ? De même pouvons-nous incriminer les excès de coït, la masturbation, une vie licencieuse, les excès de table, les habitudes sédentaires ?

Nous pensons que toutes ces causes sont insuffisantes par elles-mêmes, mais que surajoutées à d'autres facteurs, au fait de résister au besoin, par exemple, elles ne peuvent que précipiter la dégénérescence du muscle vésical.

Que dire du phénomène inhibitoire dont parlent Serralach et Parès ? Sous l'influence d'un excès de sécrétion ovarienne selon ces auteurs, il se produirait un relâchement de la vessie et une contracture du sphincter, d'où rétention.

Certaines de nos malades subiraient-elles à longue échéance, puisqu'elles ont franchi la ménopause, les conséquences de telles rétentions survenues temporairement au cours de leur vie sexuelle ? Nous répondrons toujours de même « Nos sujets n'accusent aucun antécédent urinaire. »

6° Cette Rétention reconnaît-elle à l'origine une lésion congénitale.

Rappelons que certaines lésions congénitales déjà citées dans cette thèse peuvent être causes de rétention d'urine. Ainsi agissent les *diverticules* vésicaux, bien qu'exceptionnels dans le sexe féminin et les *dilatations urétéro-pyéliques*. Ces lésions peuvent passer souvent inaperçues et ne se manifester que tardivement par des symptômes analogues à ceux de

notre rétention sénile. Il n'est pas toujours facile de diagnostiquer sans l'aide de la cystoscopie, de la radiographie et du cathétérisme urétérale, les dilata-tions urétéro-pyéliques. Pour le diverticule, la diffi-culté de clarifier le milieu optique, la fermeture de l'orifice par contraction, font passer bien souvent à côté du diagnostic. Il est probable que si les autopsies de la rétention sénile étaient plus fréquentes, on trouverait parfois une lésion congénitale ignorée. Ou-tre les deux précédentes, rappelons les malformations de l'urètre, les imperforations circulaires partielles, les atrésies relativement légères. Il ne faut pas oublier non plus les anomalies de direction (*déviation, cou-dures*). M. le Professeur Gayet nous faisait remarquer qu'avec une longue habitude des cathétérismes, on éprouvait bien la sensation que l'urètre adopte des trajets variés, indépendamment de l'inclinaison qui s'accroît avec l'âge.

En outre, une *valvule* congénitale au col vésical, que l'on aurait secondairement détruite par une opé-ration, peut être incriminée à l'origine des symptô-mes de la rétention sénile. Voici un cas cité par notre maître : « Il s'agit d'une femme de 42 ans qui vient à la consultation pour rétention d'urine. En explorant son canal, on a la sensation nette, à l'aller et au re-tour, d'un rétrécissement. M. le Professeur Gayet pratique de suite une dilatation. A partir de ce mo-ment, le cathétérisme se fit toujours sans difficulté. Dix ans après, cette malade revient dans le service pour des phénomènes de cystite.

La sonde passe facilement, mais on constate un

résidu énorme de 500 gr. d'urine infecte et malodorante.

Pendant deux années consécutives, on pratique des cathétérismes et des lavages. Mais le résidu persiste et la malade, sous le coup d'une infection ascendante, succombe à des phénomènes urémiques. Elle avait 54 ans. Au cystoscope, on trouvait une quantité de cellules et de colonnes, un des urétéres était béant et manifestement forcé. » M. Gayet pense qu'il ne pouvait s'agir que d'une valvule congénitale ayant facilement disparu à la suite de la dilatation, mais déjà les lésions des voies supérieures étaient devenues définitives et par leur dilatation passive, par la rétention chronique, avaient amené peu à peu les accidents qui ont entraîné la mort de la malade.

.....

En résumé, nous retiendrons parmi les causes les plus sérieuses étudiées jusqu'à présent, comme origine de la rétention sénile : *l'influence de la gestation, a fortiori de la multiparité, une mauvaise habitude de rétention volontaire, une coudure urétrale...* Quand aucune d'elles ne peut être reconnue, soit par l'examen clinique et instrumental, soit par l'interrogatoire, force est de se rabattre sur une autre pathogénie ; nous voulons parler de la paralysie ou plutôt de l'affaiblissement de la musculature vésicale.

B. — Perte de Contractilité du muscle.

Barbin a déjà soigneusement discuté les différentes causes générales, comme l'alcoolisme et autres

intoxications. Nous confirmons les constatations de cet auteur. Lorsque nos malades se présentent à la consultation, elles ne sont ni des intoxiquées, ni des infectées. En poussant plus loin les faits, pouvons-nous considérer notre « rétention sénile » comme une conséquence à long terme d'une autre d'origine toxique ou infectieuse ? Il est possible qu'il en soit ainsi, mais bien rarement estimons-nous, surtout si nous considérons que les malades dont nous apportons les observations n'ont par hasard jamais présenté dans leur passé d'infection ou d'intoxication.

Seraient-elles sous le coup d'une infection chronique méconnue ? Accuserons-nous la *syphilis*, éternelle responsable ? Nos sujets ne sont pas des syphilitiques ; l'interrogatoire et l'examen clinique sont en contradiction avec cette hypothèse et, raison péremptoire, le traitement qui consiste, comme nous le verrons, surtout en cathétérismes et en lavages, guérit ou améliore la rétention.

Ne pouvant invoquer les causes précédentes, nous chercherons parmi celles qui entraînent une dégénérescence des parois vésicales.

Artério-sclérose ou cystite ?

Nous avons déjà repoussé toute idée d'artério-sclérose ; nous n'y reviendrons pas.

Il ne peut s'agir de cystite. Dans notre « classification », nous avons décrit les lésions inflammatoires ; elles ne présentent aucune analogie avec les lésions

de notre « rétention sénile », exposées dans le chapitre précédent. Nous avons vu d'ailleurs que le manomètre suffisait à lui seul à les différencier.

Pouvons-nous invoquer une origine nerveuse ?

Névrose ou Tabès ?

Nos malades ne peuvent être des névrosées chez lesquelles il existe d'ordinaire, comme l'a montré Genouville, une augmentation de la sensibilité ; d'ailleurs, elles ne présentent aucun symptôme psychopathique. Cependant, elles ont pu avoir, à l'origine de leur affection, une lointaine rétention hystérique qui aura forcé leur muscle vésical. Ainsi pense M. le Professeur Gayet, comme nous l'avons signalé à propos de l'observation de Deavor, où cet auteur invoquait le « spasme ».

Nos sujets ne sont pas des tabétiques, pour les raisons exposées précédemment à propos de la syphilis. Barbin a noté une différence curieuse entre les vessies ataxiques et celles que nous étudions. Si nous remplissons la vessie au maximum et que nous prenions la pression, nous constaterons, en retirant un peu de liquide, que cette pression marque le même degré chez les ataxiques et un degré double dans le cas de « rétention sénile ».

En résumé, nous estimons que bien rarement cette « rétention sénile » reconnaît une paralysie ou un affaiblissement du muscle vésical non consécutifs à un obstacle mécanique ou réflexe. En tout cas, on ne peut jamais invoquer une lésion propre au muscle

lui-même (cystite), mais on peut penser parfois à une origine lointaine, un trouble de son innervation, qui fut temporaire (infection, hystérie).

Il nous reste maintenant à insister sur un point très important. Nous avons dit maintes fois, au cours de ce chapitre, à propos de toutes les causes soulevées : le muscle réagit, la jeunesse aidant, pour céder à un âge avancé.

Quelles sont donc les modifications séniles de la vessie ?

Vessie sénile.

Son état nous expliquera sa déficience. Chez les femmes âgées, surtout celles qui ont eu des enfants, les sphincters présentent peu de tonus, l'appareil de soutien, les ligaments en particulier sont relâchés. Il existe un léger degré de cystocèle, un infime degré, et les organes du petit bassin sont plus ou moins frappés d'atrophie.

Bogdanowicz, Ciechanowsky, Hallé et Motz ont bien mis en lumière les véritables troubles de nutrition apportés par l'âge dans les parois vésicales. Le premier de ces auteurs a montré que, chez les sujets les plus normaux, il existait un épaississement léger des tuniques artérielles, ne rappelant en rien l'artériosclérose, car, chez ces mêmes sujets, le cœur et les gros vaisseaux sont indemnes.

Ciechanowsky a constaté que, chez les sujets jeunes, il y avait, dans la paroi vésicale, pour 1 de tissu conjonctif, 4 de muscle. A partir de 40 ans, cette pro-

portion s'élève au profit du tissu conjonctif et au détriment du tissu musculaire. Entre 40 et 50 ans, le muscle constitue à peu près les trois quarts de la paroi et les deux tiers à peine ou même la moitié seulement chez les vieillards (mensurations micrométriques).

Ce changement de rapport, pour ne parler que des cas aseptiques, est dû uniquement à l'atrophie musculaire et non pas à la prolifération conjonctive. Nous savons que Ciechanowsky voulait faire de cette atrophie la raison anatomique de l'atonie que l'on rencontre dans le prostatisme.

Ces lésions atrophiques primitives dans les vessies atteintes de prostatisme, ne sont pas toujours faciles à reconnaître ; pour peu qu'il y ait cystite, la difficulté croît avec le degré de l'inflammation. Dans certains cas, on ne les retrouve plus que dans les couches musculaires moyennes et externes, au milieu de la sclérose inflammatoire envahissante. Enfin, parfois, elles sont vraiment impossibles à discerner, la cystite étant profonde, totale et prédominante.

Quoiqu'il en soit et malgré la difficulté d'analyse dans les cas d'inflammation, il est certain que ces lésions trophiques séniles interviennent pour créer ce type de rétention que nous étudions.

Comment expliquer l'hypertrophie de certains faisceaux musculaires qui donnent les colonnes, alors que d'autres sont atrophiés et favorisent les cellules ? L'hypertrophie est la conséquence de la lutte du muscle comme nous le savons. Plus il travaille, plus il s'accroît, jusqu'au moment où, épuisé, il dégénère.

Rien ne prouve que cette partie qui se creuse de cellules n'a pas été précédée d'une phase d'hypertrophie qui a passé à l'atrophie, d'autant plus vite que les tissus sont, avec l'âge, en état de nutrition insuffisante.

En résumé, il y a ou il y a eu, à un moment donné, un obstacle à la miction : malformation congénitale, grossesse, rétention volontaire, etc... Le muscle, suffisamment nourri, s'est hypertrophié. Ce surcroît de force a masqué le défaut de la fonction. D'ailleurs, les muscles abdominaux et périnéaux ont pu apporter un sérieux appoint dans l'expulsion de l'urine. Aucun trouble n'est apparu. Mais, avec l'âge, la nutrition devenant déficiente, les muscles abdominaux et périnéaux affaiblis n'ont plus une contraction suffisante pour suppléer à celle du muscle vésical, dont l'atrophie est d'autant plus prononcée qu'il y a eu, dans le passé, des luttes plus violentes.

Ainsi, nous expliquons notre « rétention sénile ».

Avant de terminer ce chapitre, nous ajouterons qu'il faut songer à l'existence d'une telle rétention chez des sujets plus jeunes. La vieillesse est toute relative. Il y a des vieillesse prématurées. L'affaiblissement des fonctions, l'atrophie des organes ne se rencontrent pas invariablement à un âge fixe. Et les modifications dans la structure de la vessie, modifications séniles, dépendent pour beaucoup du degré de vitalité de l'organe. Elles sont plus prononcées chez les femmes à constitution faible, chez les cachectiques. Il y a des causes qui précipitent la

déchéance : une vie licencieuse, l'alcoolisme par exemple.

La déchéance sénile de la paroi vésicale, jointe à la fragilité particulière des tissus qui fait les varices, les ptoses, les méga-organes, peuvent donner peut-être, à elles seules, ce type de vessie que nous venons d'étudier.

CHAPITRE V

Traitement.

Le CATHÉTÉRISME est, entre tous les modes de traitement, de beaucoup le plus efficace. Mais il faut l'employer d'une façon méthodique et régulière.

1° *Cas de rétention complète.* — Nous savons que bien rarement la malade se présente dans cet état. Ayant présent à la mémoire les principes posés par Guyon, nous procéderons à une évacuation lente et partielle, pour éviter qu'une décompression brusque entraîne des hémorragies ou une syncope. Non seulement toute perte de sang est préjudiciable à la malade, dans l'état extrême de gravité où elle se trouve, mais elle l'est beaucoup plus encore par l'inflammation qui lui succède. Il faut donc de temps en temps boucher la sonde, employer une quart d'heure à une demi-heure environ pour évacuer un demi-litre à un litre par exemple, et laisser dans la vessie une assez grande quantité d'urine. Une bonne habitude consiste à lui mélanger 150 gr. environ d'une solution

antiseptique (solution boriquée à 4 %). Avant de retirer la sonde, il faut faire une injection que l'on abandonne dans la vessie, et il faut avoir soin, en ramenant l'instrument, de laver le canal en l'irriguant doucement avec la solution employée.

2° *Cas de rétention partielle.* — C'est le cas le plus fréquent. La rétention ne dépasse pas 300 gr. On peut vider la vessie en une seule fois, à condition de procéder toujours lentement.

Qu'il s'agisse de rétention incomplète ou totale, pendant une ou plusieurs semaines, suivant la gravité du cas, une fois par jour, ou matin et soir, le réservoir vésical est évacué.

On assiste, dans les cas les plus heureux, à la réduction progressive et même assez rapide du résidu; même dans les cas les plus avancés, il y a toujours amélioration. La fibre musculaire rééduquée reprend peu à peu la tonicité nécessaire.

On y joint toujours les lavages modificateurs, d'autant plus s'il y a des complications septiques.

MOYENS MÉDICAMENTEUX. — L'acide borique présente non seulement des propriétés antiseptiques, mais passe pour un excitant de la fibre musculaire.

Les médicaments toniques, comme la *strychnine*, la *pilocarpine* et l'*ergot de seigle*, sont à recommander. D'après les travaux tout récents, la strychnine agirait en supprimant toutes les actions inhibitrices existant dans les neurones récepteurs et moteurs des appareils réflexes, de façon à ne laisser subsister que les actions excitatrices (Gottlieb et Meyer). La pilocarpine

est un stimulant du parasympathique et par conséquent des nerfs pelviens. Elle agit donc sur le détrusor en augmentant son activité. L'ergot de seigle, par son principe, l'acétyl-choline, stimule le parasympathique, et par l'ergotoxine, paralyse les terminaisons excito-motrices du système sympathique.

MOYEN PHYSIQUE. — On peut utiliser aussi le traitement électrique, suivant les règles posées par Courtade.

Cet auteur préconise les deux modes suivants d'application :

1° *Electrisation intra-vésicale*. — C'est le lavage électrique : on remplit modérément la vessie avec de l'eau très légèrement salée, 7/1.000 (au moins 200 gr.). Le pôle positif formé par une grande plaque est placé au périnée ; pour le pôle vésical, on se sert de l'ionisateur de Courtade ou d'un cathéter en gomme, muni de son mandrin.

On peut employer le *courant faradique*. Pendant cinq minutes, on fait passer le courant induit de la bobine à gros fil avec des intermittences lentes. L'intensité doit être facilement tolérée par la malade. Avec beaucoup de fruit, on peut de même se servir des courants sinusoïdaux, car ils ont pour les fibres lisses une affinité toute spéciale.

Si l'on utilise le *courant galvanique*, il ne faut pas dépasser une intensité de 5 à 6 milliampères, avec renversements et intermittences fréquents. La durée de la séance sera de 7 minutes, trois fois par semaine. Il est à recommander de déplacer plusieurs fois,

pendant l'application, l'électrode active, afin que les yeux de la sonde ne soient pas toujours au même niveau.

2° *Electrisation extra-vésicale*. — Le pôle positif est placé sur le ventre ; l'électrode active en charbon (électrode utérine d'Apostoli), est appliquée dans le vagin. On fera passer soit du courant faradique, soit du courant galvano-faradique, en mettant une faible intensité galvanique (2 à 3 milliampères). Courtade préfère généralement cette dernière méthode.

CYSTOSTOMIE. — Tout comme chez l'homme, dans certains cas de « rétention sénile », cette opération peut trouver son indication. En présence d'une malade profondément infectée, avec des frissons, un facies terreux de mauvais augure, malade dont l'urètre déjà « travaillé » est saignant, œdématisé, douloureux, dans l'impossibilité d'exécuter des cathétérismes répétés ou profitables, d'urgence il faut utiliser ce moyen. L'intervention n'en devient que plus pressante si l'accident aigu se produit chez un sujet en état d'infection chronique.

L'urine trouvera une voie durable, la vessie pourra être facilement désinfectée, le canal urétral sera mis au repos. Autrefois, on pratiquait la *cystostomie vaginale*, mais on y a vite renoncé devant la difficulté du drainage, l'incommodité de l'appareil employé. La *voie hypogastrique* doit être tenue pour la plus normale.

EN RÉSUMÉ, nous estimons que, par tous ces moyens, on peut arriver, dans les cas les plus heureux, à

rendre la contractilité vésicale presque normale. L'hospitalisation n'est pas toujours absolument nécessaire. Mais, cependant, on voit qu'il s'agit de soins minutieux et prolongés.

En général, quand leur résidu sera assez réduit, ces femmes comprendront-elles la nécessité des sondages quotidiens ? M. le Professeur Gayet est d'avis qu'il faudrait leur apprendre à *se sonder*, comme on le fait pour l'homme : « Sans doute, chez elles, cela est difficile, mais Deavor n'a-t-il pas cité une femme qui s'était sondée elle-même pendant 28 ans, et Bazy une autre, pendant plusieurs années ». Malheureusement, comme pour les vieux prostatiques, chez nos malades, le point délicat est l'*asepsie*. Il ne faut pas que la lie qui stagne dans le bas-fond vésical soit ensemencée à chacun des cathétérismes. Barbin a pu suivre pendant assez longtemps ses cinq malades, traitées uniquement par des sondages et lavages. Mais, malgré tout, il émet des doutes sur la stabilité de leur guérison, quand elles cesseront d'être surveillées : « L'une d'elles, dit-il, qui ne s'était pas représentée à la consultation, après une amélioration plus rapide que les autres, s'est vue obligée de revenir, avec des symptômes plus accusés que la première fois. »

Nous pensons nous-même qu'avec ce traitement on peut obtenir assez souvent une amélioration, sinon la guérison de la « rétention sénile ». Evidemment, si les lésions des voies supérieures sont trop avancées, définitives, il ne faut rien attendre de lui. Une observation de M. le Professeur Gayet, que nous appor-

tons au cours de « notre pathogénie », et une autre que nous publions, sont des exemples typiques. Bien que le traitement, dans l'un et l'autre cas, ait supprimé le résidu, les malades succombèrent à une crise urémique.

Le rôle du médecin n'est pas ici de détruire la cause, mais de faire œuvre utile en soutenant le plus longtemps possible la fonction, en atténuant les maux ou les manifestations morbides et surtout en prévenant de très graves complications.

CHAPITRE VI

Première Partie

Observations de “ Rétention Sénile ”

OBSERVATION I (*Service de M. le P^r Gayet*)

Vve Victorine X..., 72 ans, tisseuse.

Antécédents héréditaires. — Père mort de fluxion de poitrine à 50 ans. Mère morte d'un cancer de la matrice.

Antécédents collatéraux. — Deux sœurs en bonne santé. Un frère mort diabétique à 30 ans.

Antécédents personnels. — Réglée à 13 ans toujours régulièrement. Dans son enfance, aucune maladie grave. Mariée à 26 ans, elle eut deux enfants. Les couches ont été normales.

Son mari est mort à 50 ans, la malade en ignore la cause, il avait toujours joui d'une excellente santé. Ménopause à 46 ans, sans aucun phénomène. A 60 ans, elle contracte une bronchite qui passe à la chronicité. Il y a 3 ans elle a été soignée à l'hôpital de la Croix-Rousse pour une pneumonie.

Début de la maladie. — Les troubles urinaires remontent à 5 mois. La malade a commencé à présenter au moment de ses mictions des douleurs très violentes, elle avait l'impression de piqûres et de brûlures. A ce moment elle est soignée

dans une clinique où l'on pratique une cystoscopie et où on la traite ensuite pour une cystite. On lui fait dix lavages et elle sort très améliorée. Depuis 3 semaines, ayant cessé tout traitement, la malade constate que ses souffrances au moment des mictions reprennent avec une violence extrême.

Elle se décide à entrer dans le service le 13 janvier.

Examen de la malade :

1° *Examen général.* — Aspect sénile. Rien au cœur. Quelques râles aux bases pulmonaires. Foie et rate non perceptibles. La palpation des reins ne révèle aucune douleur, aucune mobilité. Aucun point urétéral.

Le système nerveux est normal. Pas de troubles de la sensibilité. Réflexes normaux. Intellèct intact.

2° *Examen local.* — On fait uriner la malade et l'on constate qu'elle a une *rétenction* de 150 gr. Le cathétérisme a été facile. Les urines sont claires, mais elles auraient été troubles, 15 jours auparavant, au dire de la malade.

Toucher vaginal. — Orifice vulvaire dur. Vagin atrophié. Utérus petit. Annexes non perçues. Pas de cystocèle, Rien dans le rectum.

Examen cystoscopique (M. le P^r Gayet) :

L'uretère droit s'ouvre sur une zone framboisée et il y a une sorte de petite ulcération en dedans de lui avec des fausses membranes tout autour.

L'uretère gauche est entr'ouvert dans une zone un peu chagrinée et avec les mêmes fausses membranes autour de l'orifice. Ni l'un, ni l'autre ne laisse éjaculer un pus assez épais pour être visible.

Toute la moitié inférieure de la vessie est très vascularisée, la partie antérieure et le dôme sont blancs. Le col n'est pas déformé, on ne constate pas de saillies.

Urée du sang = 1 gr. 30.

Du 13 au 18 janvier, sous l'influence des sondages et des lavages, le résidu passe successivement de 150 cm³, à 110 cm³ le 15 et 50 cm³ le 18.

Le 20 janvier, la malade tombe dans le coma. Son pouls est lent et faible, presque imperceptible. Sa température atteint

38 degrés; la respiration est ralentie; les pupilles un peu contractées. Elle est complètement inconsciente et insensible. Il n'y a pas de vomissements.

Dans cet état, la mort survient le 21 janvier.

L'autopsie n'a rien révélé de particulier, autre que les constatations cystoscopiques.

En résumé : il s'agissait d'une malade atteinte de « rétention sénile » à forme de rétention chronique incomplète. Malgré le traitement qui améliora le résidu d'une façon notable, les lésions des voies supérieures déjà définitives, entraînèrent la crise urémique qui détermina la mort.

OBSERVATION II (*Service du D^r Dumas*)

Mme M... Jeanne, 88 ans.

Entrée le 10/24 à l'hôpital du Perron.

Antécédents héréditaires. — Père et mère morts respectivement à 78 et 85 ans d'affection indéterminée.

Antécédents collatéraux. — Une sœur morte accidentellement.

Antécédents personnels. — A toujours joui d'une excellente santé. A l'âge de 85 ans, souffrant d'un ulcère variqueux, elle consulte un médecin pour la première fois de sa vie. Réglée normalement, non mariée, pas d'enfants. Ménopause excellente à 46 ans. Pas de pertes depuis. Il y a 2 ans, la malade a fait un séjour à l'Antiquaille pour son ulcère. Depuis cette époque, elle présente également des douleurs rhumatoïdes aux articulations métacarpo-phalangiennes, aux genoux et aux épaules, plus accusées par temps humide. En même temps apparaissait progressivement une cyphoscoliose droite.

Début de la maladie. — L'interrogatoire de la malade est assez facile; on peut dépister de légers troubles urinaires survenus depuis plusieurs mois. Ce sont des mictions fréquentes, surtout accusées la nuit; elles nécessitent un léger effort et s'accompagnent de brûlures et de sensation de pi-

gûres. Les besoins sont impérieux; la malade se mouille plus que de coutume au moment de la miction, le jet n'a plus de force. Les urines sont troubles.

Examen général :

Malade assez maigre, ayant de l'inappétence. Aspect sénile. Cœur : bruits bien frappés et réguliers. Artères dures et sinueuses. Pas d'athérome périphérique. Tension artérielle = 19/8,5.

Poumons : Sonorité faible et légère diminution du murmure vésiculaire du côté droit, sans adjonction de râles dont la cyphoscoliose doit être responsable. Respiration forte aux deux sommets.

Foie et rate non perçus.

Système nerveux : Réflexes rotuliens et pupillaires normaux. Pas de troubles de la sensibilité aux membres inférieurs, si ce n'est une zone d'hypoesthésie au niveau de la cicatrice pigmentée et squameuse d'un ulcère variqueux localisé surtout au cou-de-pied et à la moitié inférieure de la jambe droite.

A gauche, lésion également pigmentée ; à son niveau la sensibilité est intacte.

La palpation des reins ne révèle ni douleur, ni mobilité. Le trajet des uretères n'est de même pas douloureux.

Examen local :

On fait uriner la malade, on constate que les urines sont très louches. Par le cathétérisme, on découvre un *résidu de* 80 cm³. A la fin de son évacuation, c'est une véritable boue qui circule avec peine à travers la sonde. La malade précise alors que depuis quelques jours les mictions ont été plus particulièrement fréquentes et douloureuses. Ni sucre, ni albumine.

Toucher vaginal. — Utérus petit. Culs-de-sac libres. Ni cystocèle, ni coprostase.

Examen manométrique :

A 200 cm³ de liquide injecté, survient le besoin d'uriner, le manomètre marque 0.

A 230 cm³ le besoin est impérieux, le manomètre marque 9 cm³.

En résumé : Il s'agit d'une malade atteinte de « rétention sénile ». La stagnation a provoqué la cystite qui rend la sensibilité assez vive, mais la contractilité du muscle vésical est très déficiente. Si le résidu n'est pas plus considérable, c'est que la voie urétrale est béante, à en juger par le cathétérisme.

OBSERVATION III (*Service ru D^r Dumas*)

Mme G..., Catherine, 76 ans.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 52 ans, d'affection pulmonaire. Mère morte à 74 ans, d'un néoplasme du pylore.

Antécédents collatéraux. — Une sœur morte à 20 ans de la fièvre typhoïde. Une autre à 26 ans d'affection aiguë indéterminée.

Antécédents personnels. — Bonne santé dans l'enfance. Réglée normalement à 13 ans et régulièrement depuis. Ménopause excellente à 55 ans. Non mariée, pas d'enfants. Parfois la malade présentait quelques légères céphalées et des épistaxis dont elle ne s'inquiétait pas outre mesure.

Début de la maladie. — Depuis 6 mois, légers troubles urinaires, difficiles à dépister par l'interrogatoire. C'était des mictions fréquentes, aussi bien diurnes que nocturnes (environ toutes les heures). Ces mictions étaient également impérieuses et abondantes. Dans l'impossibilité de les satisfaire immédiatement, la malade « se mouillait ». Jamais elle n'éprouva de sensations de brûlures en urinant, mais de la pesanteur au niveau du bas-ventre, ainsi que des démangeaisons vulvo-périnéales.

Examen général. — Aspect sénile. Appétit conservé.

Appareil respiratoire : Légère toux. Pas d'expectoration. La sonorité est normale, mais à l'auscultation, on note quelques râles muqueux disséminés sur toute la hauteur des deux poumons.

Cœur normal. Tension artérielle = 23/8.

Système nerveux : Les réflexes rotuliens et pupillaires sont normaux. Pas de Babinski.

Démarche hésitante, pas de tremblements.

Foie et rate non perceptibles.

La palpation des reins ne révèle ni douleur ni mobilité. Aucun point urétéral.

Examen général. — On fait uriner la malade, le liquide qui s'écoule est clair, ne présentant à l'analyse ni sucre, ni albumine. Le cathétérisme est facile, on constate un *résidu* de 50 cmc.

Toucher vaginal : Vagin atrophié. Uterus petit. Annexes non senties. Pas de cystocèle. Rien dans le rectum. La palpation de la paroi abdominale, ne dénote rien d'anormal.

Examen manométrique. — A 250 cmc. de liquide injecté, survient le besoin d'uriner, le manomètre marque alors 10 cmc.

A 300 cmc., le besoin est impérieux, le manomètre marque 12 cmc.

En résumé : Il s'agit d'une malade atteinte de « rétention sénile. La sensibilité à la distension est légèrement diminuée, la contractibilité est très déficiente.

OBSERVATION IV (*Service du D^r Dumas*)

Mme B..., Claudine, 81 ans.

Entrée à l'hôpital du Perron, le 10 juillet 1925.

Antécédents héréditaires. — Parents morts âgés, d'affection indéterminée.

Antécédents personnels. — Aucune maladie infantile. Réglée à 14 ans, très régulièrement. Mariée deux fois : Son premier mari est mort après 28 mois de mariage, d'affection aiguë (la malade avait 23 ans) ; le second est mort, il y a 3 ans, âgé de 84 ans, il était artério-scléreux. Elle a eu 6 enfants. Un du premier lit, cinq du deuxième. Il faut noter

deux grossesses gémellaires pour les enfants du deuxième mari (fait familial : la malade est elle-même jumelle).

De ces 6 enfants, 3 sont en bonne santé, âgés de 30 à 45 ans. 2 sont morts en bas-âge, à 4 et 6 ans (méningite probable).

L'aîné est décédé à 40 ans, à l'asile de Bron.

La malade n'a jamais eu d'affections aiguës très graves, cependant, elle a contracté une bronchite à 40 ans, devenue chronique, puis ayant fait place à de l'emphysème.

Pas de passé génital ou digestif. Jusqu'à l'âge de 79 ans, elle a vaqué à ses occupations : à ce moment, l'emphysème est devenu plus pénible, et un œdème chronique a envahi les deux jambes. Il faut signaler depuis cette époque, une diminution de l'appétit, de la lenteur des digestions, de la difficulté d'émission des selles et une perte progressive des forces.

Début de la maladie. — Depuis 2 ans, on constate des mictions fréquentes et des brûlures à l'expulsion de l'urine, qui est un peu trouble. La malade « se mouille » au moindre effort et a cependant la sensation de ne pas évacuer sa vessie complètement. Depuis 5 ou 6 mois, elle prétend uriner toutes les 1/2 heures.

Examen général. — Aspect sénile, malgré un certain embonpoint.

Appareil digestif : Langue sale et un peu sèche, avec trace de muguet. Selles tous les 2 jours. Foie un peu gros.

Cœur normal. Pouls lent, mais régulier. Tension artérielle = 14/8.

Système nerveux : Réflexes normaux. Pas de troubles de sensibilité des membres inférieurs. Pas de Babinski.

La palpation des reins ne révèle ni douleur, ni mobilité. Aucun point urétéral.

Examen local. — On fait uriner la malade, puis on trouve après cathétérisme facile un résidu de 80 cmc. Pas de cystite. Ni sucre, ni albumine.

Toucher vaginal. — Rien à signaler. Ni cystocèle, ni coprostase.

Examen manométrique. — A 300 cmc. de liquide injecté,

survient le besoin d'uriner ; à ce moment, le manomètre marque 11 cmc.

A 350 cmc., le besoin est impérieux, le manomètre marque alors 13 cmc.

En résumé : il s'agit d'une malade atteinte « de rétention sénile » très typique. La sensibilité à la distension est très diminuée, la contractibilité du muscle est mauvaise,

OBSERVATION V (*Service du D^r Dumas*)

Mme G..., Louise, 76 ans. Couturière.

Antécédents héréditaires. — Mère morte à 89 ans, de bronchite aiguë. Père mort à 40 ans, de fluxion de poitrine.

Antécédents personnels. — A 7 ans, affection nerveuse, à la suite de laquelle la malade présente une déviation de la face. Réglée régulièrement à 13 ans. Mariée à 34 ans. 6 enfants, pas de fausses couches. Accouchements difficiles, pour chacun il faut employer le forceps. Tous ces enfants sont morts, peu après leur venue au monde, sauf une fille qui vécut jusqu'à 24 ans, succombant à une pleurésie. Le mari de la malade est mort également de bronchite et de pleurésie. Ménopause excellente à 48 ans. Il y a quelques mois, la malade présenta une pneumonie qui guérit assez rapidement.

Début de la maladie. — Depuis un an, les mictions sont devenues plus fréquentes. Nuit et jours, toutes les heures, le besoin est impérieux.

La malade ne ressent cependant aucune brûlure à l'émission, les urines restent claires. Démangeaisons vulvo-périnéales.

Examen général. — Cœur : 1^{er} bruit, un peu vibrant à la pointe; léger dédoublement du 2^e bruit. Tension artérielle = 21/11,5.

Poumons : Quelques râles dans l'aisselle droite.

Foie et rate non perçus.

Les reins ne sont pas douloureux à la palpation, de même que les urétéres.

Système nerveux : Réflexes normaux. Intellect intact.

Examen local. — On découvre, après un cathétérisme facile, un résidu de 40 cmc.

L'urine, ne renferme ni sucre ni albumine.

Toucher vaginal. — Vagin atrophié. Utérus petit, mobile. Culs-de-sac libres. Rien dans le rectum, pas de cystocèle.

Examen manométrique. — A 250 cmc. de liquide injecté, survient le besoin d'uriner ; la contractibilité du muscle se traduit par une pression de 12 cmc.

A 280 cmc., le besoin est impérieux, la pression est de 14 cmc.

En résumé ; il s'agit d'une « rétention sénile » typique.

OBSERVATION VI

(Due à l'obligeance de M. le chirurgien Desgouttes)

Mlle X..., 55 ans, vient consulter M. Desgouttes parce qu'elle s'aperçoit que son « ventre grossit » et qu'un médecin a laissé entrevoir la possibilité d'un kyste de l'ovaire.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — A toujours joui d'une excellente santé. Cependant depuis l'enfance, elle présentait de la polakiurie, aussi bien diurne que nocturne.

Début de l'affection. — Il y a dix-huit mois, la malade s'est aperçue pour la première fois de cette tuméfaction anormale à l'hypogastre. Elle se décide à consulter le médecin, qui diagnostiquant un kyste, l'envoie à M. Desgouttes. Celui-ci constate que ce prétendu kyste n'est qu'une énorme rétention d'urine ; il retire en effet d'une vessie dilatée au maximum un litre et demi d'une urine assez limpide. La malade déclare qu'elle n'avait pas uriné depuis 24 heures, rendant la soi-disant « tumeur » responsable de l'arrêt de sa fonc-

tion; autrefois, au contraire, elle « se mouillait » constamment.

Examen général. — Femme en très bonne santé, très anxieuse au sujet de cette tuméfaction hypogastrique.

Rien à signaler du côté du cœur, poumons, reins, uretères. Les réflexes rotuliens et pupillaires sont normaux.

Pas de troubles de la sensibilité des membres inférieurs, ni de la démarche.

Toucher vaginal: — Celui-ci montre un utérus rétroversé et déjeté vers la gauche, dont le col fibromateux vient s'enfoncer en coin dans la cloison uréthro-vaginale. Au contact du col et de la paroi, on sent sous le doigt comme un petit noyau. A ce niveau, au cathétérisme, on a la sensation d'un frottement rugueux, voire d'un petit ressaut.

Intervention. — Laparotomie. Vessie énorme, épaisse. Utérus rétroversé et dévié vers la gauche, comme l'indiquait le toucher. On pratique une hystérectomie totale et une cystopexie. Guérison simple, mais la malade n'urinait toujours pas, bien qu'il n'y eut alors aucun obstacle au passage de la sonde. Elle retourne chez elle, et elle est obligée de se sonder quotidiennement.

Parfois, elle présente des mictions par regorgement.

M. Desgouttes eut l'occasion de revoir souvent la malade pour des poussées de cystites et de pyélonéphrites. Chaque fois, des lavages sont pratiqués et, malgré l'amélioration consécutive, la rétention persiste. Enfin, une dilatation urétrale est exécutée, bien que la sonde passe facilement. Par la suite, la malade n'urine toujours pas. On est obligé de lui mettre une sonde à demeure. Actuellement, son état général n'est pas mauvais.

En résumé : il s'agit d'une femme ayant présenté une « rétention complète », due à la rétroversion utérine ou à la présence d'un obstacle urétral (peut-être ce petit noyau de la cloison uréthro-vaginale, dont on ignore l'origine). Avec l'intervention chirurgicale bien que la cause eut cessée, la vessie qui avait été forcée, dans un état tel de déchéance, ne put recouvrer sa contractibilité.

M. Desgouttes nous faisait remarquer que sa malade évoluait absolument comme un « vieux prostatique ».

Nul doute que nous ne soyons en présence d'un cas de « rétention sénile » dont l'origine est facile à reconstituer.

OBSERVATION VII (*Service de M. le P^r Gayet*)

Mme Madeleine V..., 46 ans, ménagère.

Entrée le 2 février 1925, dans le même service.

Antécédents héréditaires. — Père vivant, en bonne santé, âgé de 74 ans. Mère morte à 65 ans, d'affection cardiaque.

Antécédents collatéraux. — Un frère vivant, âgé de 40 ans, se portant bien.

Antécédents personnels. — Santé excellente dans l'enfance. Réglée à 13 ans, régulièrement depuis. Mariée à 24 ans. Son mari, alors âgé de 29 ans, était bien portant, mais il succomba à 36 ans d'une affection pulmonaire. La malade eut une fausse couche de 5 mois et une grossesse parvenue à terme. L'enfant, actuellement âgé de 17 ans, est en très bonne santé. Mme V..., s'est remariée depuis, son deuxième mari se porte excessivement bien.

Début de la maladie. — Il y a un mois et demi, la malade vaquait à ses occupations, lorsque soudain, malgré un besoin impérieux d'uriner, elle ne peut émettre une seule goutte d'urine. Cette rétention complète ne s'accompagne d'aucune douleur. Effrayée, elle consulte un médecin qui place une sonde à demeure. Mais peu à peu, les urines se troublent.

Jamais il n'y eut de sang, ni de sable, ni de calculs.

Aucune douleur. C'est alors que la malade vient à la Charité, dans le service du D^r Molin, qui, ne lui trouvant rien de gynécologique, l'envoie dans le service de M. le P^r Gayet.

Examen général. — Bon aspect de la malade. Elle n'a pas présenté d'amaigrissement, ces derniers temps. La température est normale.

Cœur, poumons : rien à signaler.

Foie et rate non perçus.

Système nerveux (examen pratiqué dans un service spécialiste) : Réflexes rotuliens et pupillaires normaux. Pas de troubles de la sensibilité, ni de la démarche.

Aucun signe syphilitique.

La palpation des reins est négative des 2 côtés, aucun point urétéral douloureux.

Toucher vaginal (M. le P^r Gayet) : L'utérus, sans être renversé, a son fond rectiligne attiré à gauche. On note un peu de rétraction du ligament latéral gauche. La paroi antérieure paraît assez relâchée sans que l'on puisse parler d'une véritable cystocèle. La malade étant debout, son col utérin vient au niveau de la symphyse (on place 8 tampons glycéro-cérinés). Ce petit prolapsus est insuffisant pour expliquer la rétention. En serrant de près l'interrogatoire, on apprend à ce moment que cet accident de rétention complète a été précédé pendant plusieurs mois, de fréquence des mictions, plus accentuée la nuit (la malade était obligée de se lever 4 à 5 fois).

Wassermann : Positif.

Urée du sang = 0,60.

Intervention. — Incision sous-ombilicale médiane. Avant d'ouvrir le péritoine, décollement de la vessie dont on s'efforce de plisser la face antérieure par deux fils en croix. Ouverture du péritoine. On note une certaine quantité d'ascite, un peu roussâtre. L'utérus est en forte rétroversion sans adhérences. Les annexes sont saines. La vessie, par sa face postérieure, paraît flasque et volumineuse. Nouveau fil de plissement à la limite du péritoine, transversalement, on amène le fond utérin à l'extérieur et on le fixe par 3 points aux crins de Florence dont 2 à double fil à la face profonde des muscles droits. Suture à 3 plans.

Le lendemain de l'intervention, la malade n'urine pas spontanément, on doit la sonder 2 fois. Dans la nuit, elle perd ses urines à 2 reprises ; le jour suivant, apparaissent deux mictions spontanées, mais celles-ci s'arrêtent et on doit sonder de nouveau. La malade part quelques jours plus tard, n'urinant toujours pas spontanément.

En présence de son Wassermann positif, on lui avait proposé une série de néo-salvarsan qu'elle refuse obstinément.

En résumé : il s'agit ou bien d'une « rétention sénile » à type exceptionnel de rétention complète, ou bien d'une rétention d'origine syphilitique. Seul le traitement spécifique aurait pu confirmer ou non notre diagnostic.

Deuxième Partie

Observations de Rétentions diverses.

OBSERVATION VIII (*Communiquée par M. le P^r Gayet*)

Mlle P..., 41 ans.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'ictus, à 70 ans; mère morte d'une grippe, à 64 ans.

Antécédents collatéraux. — 7 frères et sœurs en bonne santé. 2 autres sont morts, l'un en bas-âge, l'autre accidentellement.

Antécédents personnels. — Excellente santé dans l'enfance et l'adolescence. Réglée à 15 ans, régulièrement depuis, sauf ces derniers temps. Aucun antécédent syphilitique, pas de passé gynécologique ou obstétrical. Nie l'éthylisme.

A 17 ans, à la suite d'une émotion, la malade présenta une légère anorexie mentale, suivie d'anémie. En 1911, elle eut une intoxication botulique et consécutivement de la gastralgie, des vomissements après l'ingestion des aliments (solides ou liquides). En outre, elle a toujours été une constipée opiniâtre.

Début de la maladie. — Brusquement, à la suite de ce que la malade appelle une syncope et qui paraît surtout avoir été une crise hystérique, une *rétention complète d'urine survient*. On ne pratique le sondage que 48 heures après; à partir de ce moment, il est nécessaire de cathétériser 2 ou 3

fois par jour. Bientôt, se déclare une cystite qui persiste pendant plusieurs mois, ne cédant qu'à de nombreux lavages.

Examen (M. le P^r Gayet) : Il s'agit d'une femme qui présente un assez bon état de santé apparente, bien qu'elle soit maigre, avec une taille très effilée.

Rien aux poumons, rien au cœur.

La palpation de l'abdomen fait constater l'atonie de la paroi, l'absence de sensation de tumeur, aucune défense musculaire, mais quelques points douloureux para-ombilicaux.

Reins : La palpation permet de sentir le pôle inférieur du rein droit, mais il n'est pas flottant. Le rein gauche n'est pas perçu.

Uretères : Leur trajet est douloureux. Vessie également douloureuse.

Système nerveux (Séjour dans le Service du D^r Bouchut) : Pas de troubles moteurs. Pas de troubles d'équilibration.

Réflexes normaux, sauf les rotuliens qui sont un peu diminués et les plantaires, à gauche seulement.

Sensibilité : M. le P^r Paviot a constaté des zones d'anesthésie au niveau de la paroi abdominale, surtout à gauche.

M. Bouchut trouve un peu partout des zones d'hypoesthésie capricieuse.

Le 5 juillet 1923. — M. le P^r Gayet voit la malade pour la deuxième fois. Les troubles urinaires et digestifs qui avaient disparu temporairement, sont revenus avec une intensité extrême : Les vomissements avaient cessé pour faire place à une diarrhée intense (10 à 12 selles par jour) et, au cours d'une grippe, la malade présenta deux syncopes, des crises nerveuses, en même temps que réapparaissaient les difficultés de la miction, avec sensation de brûlure. Sous l'influence d'une cure de repos, de grand bains, d'injections épidurales de sérum artificiel et surtout de sondages, la malade arrive à uriner normalement et seule.

Le 1^{er} décembre 1923. — Reprise de tous les accidents. Nouveau séjour chez M. le D^r Bouchut, mais sans résultat. On doit la sonder constamment.

Le 1^{er} juillet 1924. — La malade vient dans le service de M. le P^r Gayet, ou M. le P^r Thévenot, suppléant, fait une *dilatation urétrale* sans aucun résultat. Elle prend alors des crises. A ce moment, on la ramène chez elle où elle reste 5 semaines, alitée. Mais *elle a appris à se sonder* et le fait régulièrement chaque jour. Son état général est assez bon, malgré ces crises qui ne sont pas épileptiformes (sans secousses, ni écume).

En résumé : il s'agit d'une malade *nettement pithiatique* qui fit à plusieurs reprises des rétentions d'urine ne relevant pas d'une autre origine.

OBSERVATION IX (*Service de M. le P^r Gayet*)

Marie D..., 23 ans, ménagère.

Entrée le 13 juillet 1920. Vient de Longchêne. Entre pour douleurs abdominales et dysurie.

Antécédents héréditaires. — Mère vivante, en bonne santé. Père mort à 65 ans, de néoplasme.

Antécédents collatéraux. — Une sœur, morte de tuberculose pulmonaire.

Antécédents personnels. — Rougeole dans l'enfance. Deux longues angines, avec température très élevée. Bronchites tous les hivers. Crachats hémoptoïques avec caillots, mais jamais d'hémoptysies véritables. Il y a 8 mois, fut hospitalisée à l'Hôtel-Dieu, pour une pneumonie (durant 12 semaines), puis on l'envoya en convalescence à Longchêne.

Réglée à 18 ans, très irrégulièrement, elle présente des pertes blanches abondantes. N'a jamais eu de fausse couche. Une seule grossesse. L'accouchement eut lieu à terme, sous anesthésie, il y a 4 mois. L'enfant n'est pas très bien portant.

Début de la maladie. — Depuis son accouchement, la malade a présenté des troubles de la miction qui est devenue de plus en plus difficile et douloureuse, mais la fréquence

reste normale. L'urine est toujours très claire. Bientôt, une rétention complète se déclare sans miction, par regorgement, et depuis ce moment, on est obligé de procéder à un cathétérisme évacuateur quotidien.

Examen de la malade.— Système nerveux : Rien à signaler.

Rien au cœur. Quelques râles disséminés aux bases pulmonaires.

Foie et rate non perçus.

Les reins ne sont ni mobiles, ni douloureux à la palpation.

Cependant, à la pression profonde de l'hypocondre droit et des deux fosses iliaques, on réveille une sensation douloureuse, sans localisation nette.

Toucher vaginal : Ne présente rien de particulier.

Un sondage facile permet de recueillir des urines limpides, ne présentant ni sucre, ni albumine.

La rétention atteint 500 gr.

Trois jours après son entrée, on supprime tous les sondages et la malade urine seule avec un peu de difficulté et de douleur.

En résumé : il s'agit d'une rétention d'urine complète d'origine réflexe due aux traumatismes des manœuvres obstétricales.

Après ce rude assaut, la vessie a dû être fort éprouvée dans sa contractilité. N'est-il pas à craindre que lorsque l'âge sera venu, la contractilité ne faiblisse à nouveau et qu'ainsi soit créé le type de « rétention sénile » (Voir notre pathogénie).

OBSERVATION X (*Service de M. le P Gayet*)

Mme Marie B..., 53 ans, couturière.

Entrée le 10 juillet.

Vient dans le service pour douleurs rénales. Le mois passé se trouvait déjà dans celui du D^r Gallavardin, pour une phlébite.

Antécédents héréditaires. — Père et mère morts âgés.

Antécédents collatéraux. — Frère et sœurs en bonne santé. Mari mort de « fluxion de poitrine ».

Antécédents personnels. — Pas de maladies infantiles. Menstruations régulières. 7 enfants en bonne santé. 2 *fausses couches* (les 2 dernières grossesses). Ménopause à 52 ans. Il y a 13 ans, la malade fut opérée d'un polype utérin, par Polosson. A la suite de cette opération, durant 4 ans, elle présenta de la rétention d'urine, nécessitant parfois le cathétérisme. Au bout de ce temps, la miction devient plus facile, mais cependant encore des petites périodes de rétention surviennent quelquefois, brusquement.

Depuis 3 ans enfin, la malade accuse des crises douloureuses au niveau du rein gauche (la douleur s'irradie à la vessie). Ces crises reviennent tous les mois, mais dans l'intervalle, une gastralgie persistante les remplace. A noter qu'elles se sont exaspérées et ont envahi le côté droit, depuis 9 mois.

Actuellement, la malade urine toutes les 2 heures, la nuit comme le jour, en éprouvant un peu de difficulté.

Parfois, quelques poussées de cystites et de rétentions.

Examen général.— Appareil digestif : Maux d'estomac avec vomissements aqueux abondants. Constipation.

Cœur et poumons : Rien à signaler.

Varices à la jambe gauche, à l'endroit de la phlébite.

Varices à la cuisse droite.

Système nerveux : Réflexes conservés. Myosis bilatéral accentué. Scotome à l'œil gauche. *Difficulté de la marche dans l'obscurité. Pas de Romberg. Perd ses jambes dans son lit, perd quelquefois le sens des attitudes.*

Hyperesthésie au niveau de la tête : douleur souvent par le simple attouchement des cheveux.

Appareil génital : Vaginite intense.

Toucher : Culs-de-sac souples. Col de l'utérus pointu, scléreux.

Douleur à la palpation, au niveau des 2 reins (surtout à gauche), mais ils ne sont pas perçus.

Trajet urétéral non douloureux.

Urètre : Avec l'explorateur à boule, on a une *résistance* légère à 3 cm. de l'entrée, *rabotage* à l'aller et au retour comme une sensation de diaphragme.

Le 10 juillet. — *Cystoscopie.* Vessie à colonnes. Uretères normaux. Urètre à parois inégales, bosselées. En sortant les instruments, on a toujours, à 3 cm., une sensation de tissu rugueux.

Le 17 juillet. — Depuis l'examen, la malade se sent améliorée.

Le 18 juillet. — Dilatation aux béniqués N^{os} 50 à 54.

Le 20 juillet. — La malade retient toujours ses urines, on est obligé de la sonder. On note des vomissements douloureux plusieurs fois par jour.

Le 6 août. — Dilatation aux bougies d'Hégar, n^{os} 8 à 13. Lavage de la vessie. Après cette opération, la malade présente une grande polyurie et part le 10 août, très améliorée.

2^e SÉJOUR : *le 29 octobre.* — Revient, parce qu'elle a de nouveau de la difficulté pour uriner. Depuis un mois et demi, elle avait des mictions fréquentes et peu abondantes. Il y a 15 jours, sa vessie étant dilatée, et sa souffrance extrême, elle se fit sonder par un médecin. Mais même quand elle urine spontanément, elle a nettement la sensation qu'elle ne vide pas sa vessie.

Examen. — Douleur tout le long de l'uretère droit. Le rein correspondant n'est ni perçu ni douloureux. Il en est de même du côté gauche.

Urétroscopie. — Col irrégulier, présentant un *polype*.

En retirant l'instrument, on note, à 3 cm. de l'entrée, la présence d'un lambeau flottant comme le *reste d'une valvule déchirée*. On le cautérise au thermocautère.

De nouveau, la miction redevient normale.

En présence des symptômes nerveux qui marquent *le début d'un tabès* et en se rappelant les deux dernières grossesses terminées en fausses couches, on fait successivement deux séries de biiodure de Hg, puis on essaye le calomel.

Bientôt après, la malade quitte le service considérablement améliorée.

En résumé : il s'agit d'une malade dont l'histoire est des plus intéressantes.

On note : Une première rétention d'urine durant 4 ans, consécutive à l'ablation d'un polype utérin et probablement d'origine réflexe.

13 ans plus tard, survient de la difficulté des mictions, intercalée avec des périodes de rétention : la malade ayant certains signes de tabès, au début, la rétention peut relever de cette origine, mais également on peut invoquer un rétrécissement urétral à 3 cm. du méat.

Cependant, après dilatation et une période de mictions normales, survient une nouvelle rétention : un polype découvert au niveau du col vésical en est fort probablement responsable.

OBSERVATION XI (*G. Gross et L. Heully*)

Mme Hélène K..., 68 ans, est admise dans le service de M. le P^r Gross, le 26 janvier 1911.

Elle n'a pas uriné depuis la visite du médecin, qui la vit pour la première fois la veille et qui dut pratiquer immédiatement le cachétérisme. Lors de l'entrée de la malade, la rétention existe depuis 20 heures ; le globe vésical dépasse le pubis de 4 travers de doigt ; sa palpation est excessivement douloureuse et arrache des cris à la malade. L'introduction d'une sonde Nélaton n° 19 est facile et donne issue à 1.200 gr. d'une urine rouge sale, contenant des caillots sanguins qui bouchent la sonde à plusieurs reprises. Cette urine laisse rapidement tomber un dépôt formé de pus et de sang.

L'interrogatoire de la malade, dont les facultés sont atteintes par l'âge est difficile. Nous pouvons cependant apprendre que depuis quelques semaines déjà, les besoins d'uriner sont fréquents, que la miction s'accompagne de douleurs très vives, que les urines renferment du pus et parfois du sang. L'avant-veille, les mictions furent brusquement supprimées ; malgré tous ses efforts, la malade ne peut émettre la moindre goutte d'urine ; elle fit appeler un médecin qui la sonda et

lui conseilla d'entrer à l'hôpital. L'état général est précaire; il existe de la fièvre, la langue est rôtie. Une douleur aiguë rend le palper de la région sus-pubienne impossible; cette douleur s'étend vers les reins et irradie vers le rectum.

Le toucher rectal est négatif.

Le *toucher vaginal*, très douloureux, fait sentir en avant de l'utérus, dans le cul-de-sac antérieur, une masse dure, cartonneuse, du volume d'une mandarine et qui semble être la vessie.

L'utérus est petit, mobile; les culs-de-sac latéraux sont libres. L'existence d'un néoplasme de la vessie paraît invraisemblable.

L'examen des autres appareils fait constater l'existence d'une tuberculose cavitaire du lobe supérieur gauche.

Les réflexes des membres inférieurs sont normaux, leur motilité et leur sensibilité ne sont nullement troublées.

Dans les jours qui suivent, la rétention persiste complète, et pas une goutte d'urine n'est expulsée spontanément.

Trois fois par jour, le contenu est évacué par le cathétérisme. Des lavages de la vessie sont essayés ainsi que des instillations, mais provoquent de telles souffrances qu'il est impossible de les continuer et, à plus forte raison, de pratiquer un examen cystoscopique.

Un traitement médical est institué. Les urines contiennent toujours du pus en quantité souvent considérable. L'état général périclité, la langue reste rôtie. Les souffrances sont continues et arrachent à la malade des gémissements incessants.

Elle ne répond que très mal aux questions posées, du subdélire s'installe et elle succombe, après avoir laissé échapper pour la première fois ses urines dans son lit.

L'*autopsie* permet de constater l'existence d'une tuberculose pulmonaire en évolution. La vessie est très dure, presque ligneuse. Il n'existe cependant pas de néoplasme.

Fendue sagittalement, l'épaisseur de sa paroi est trois fois plus considérable que celle d'une vessie contractée de même volume.

L'urètre ne présente aucune lésion. La surface de la mu-

queuse vésicale apparaît avec une coloration brun violacée sur laquelle se détache un véritable semis de vésicules purulentes.

L'existence de la tuberculose pulmonaire nous avait fait songer à la possibilité d'une cystite tuberculeuse, mais ni les reins, ni les uretères ne présentaient aucune trace de lésions bacillaires et l'examen histologique écarta tout soupçon de tuberculose vésicale.

Il s'agit de *cystite ulcéreuse*, avec chute totale de l'épithélium, dilatation vasculaire, très intense, infiltration leucocytaire.

La couche musculaire est plutôt épaissie, hypertrophiée.

Toutes les couches de la vessie, mais beaucoup plus particulièrement la sous-muqueuse, sont augmentées de volume, mais cette hypertrophie est plus apparente que réelle. Elle est due à une sclérose interstitielle très manifeste. L'augmentation d'épaisseur constatée est donc d'ordre inflammatoire.

CRITIQUE. — Pour Gross et Heully, il s'agit d'une malade atteinte de rétention complète, consécutive à la cystite aiguë. Or, avec M. le P^r Gayet, nous estimons que l'infection n'est pas responsable de la rétention, *mais qu'au contraire, elle en est la conséquence*. Le diagnostic posé par les auteurs précédents serait en contradiction avec la physiologie pathologique des cystites aiguës, cas dans lesquels la vessie se contracte fréquemment sur son contenu ; de plus, la voie d'émission est si facile. *Il est donc plus logique de penser à une « rétention sénile », compliquée d'une grave infection.*

CONCLUSIONS

I. — On rencontre chez des femmes âgées ayant dépassé la ménopause des rétentions d'urine incomplètes, exceptionnellement complètes, ne s'accompagnant d'aucun symptôme vésical ou autre, permettant de les rattacher aux rétentions de causes définies observées d'ordinaire.

II. — Leur symptomatologie présente une certaine analogie avec celle des vieux prostatiques. L'examen cystoscopique montre une vessie qui a « lutté » ; on trouve tous les intermédiaires, depuis la simple congestion, jusqu'aux vessies à colonnes, cellules et poches. L'examen manométrique permet de constater une diminution de la sensibilité et de la contractilité du muscle vésical.

III. — La pathogénie de ces rétentions ne peut être encore définitivement fixée. Il faut retenir l'influence de l'accouchement, de la multiparité, une mauvaise habitude de rétention volontaire, certaines coudures urétrales et surtout les modifications séniles du muscle vésical et du plancher pelvien.

IV. — Les complications à redouter sont : l'infection et l'urémie. Dans tous les cas de rétentions où nous l'avons recherché, le taux de l'azotémie était élevé.

Il y a donc lieu d'avoir l'attention attirée chez les femmes sur un facteur vésical de l'azotémie.

V. — Le traitement par les cathétérismes, les lavages, l'électricité et les médicaments toniques permet d'obtenir d'ordinaire, sinon une guérison certaine, tout au moins des améliorations assez rapides.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

Vu :

GAYET.

LE DOYEN,

JEAN LEPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 29 Octobre 1925

Pour le Recteur et par Délégation, »

Le Vice Président du Conseil de l'Université,

L. JOSSERAND.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBARRAN. — *Traité de Chirurgie de Le Dentu et Delbet*, vol. IX, Article : Prostate.
- Rétrécissement large de l'urètre. *Annales des organes génito-urinaires*, 1893.
- De l'hématurie au cours de la rétention. *Bulletin médical*, 3 septembre 1893.
- ALBARRAN et NOGUÈS. — *Rapport au Congrès International d'Urologie*, 1908.
- ALDEBERT. — *Du prostatisme. Thèse de Bordeaux*, 1892.
- AMUSSAT. — *Leçons sur la rétention d'urine*, 1832.
- ARTHUS. — *Précis de Physiologie*, 1912.
- AUGAGNEUR. — *Pathologie de la rétention d'urine, survenant au cours de la blennorrhagie. Presse Médicale*, 1898.
- AUVARD. — *De la vessie pendant la puerpéralité. Archiv. de tocologie*, 1980.
- BARBIN. — *Contribution à l'étude des rétentions d'urine chez la femme. Thèse de Paris*, 1901.
- BARNEY. — *Medical Journal*, vol. 93, n° 25, p. 933. The tabetic bladder.
- BARRINGTON. — *The mecanism of micturation*, 1921.
- BAZY. — *Stagnation vésicale chez la femme. Journal d'Urologie*, t. I, 1921.
- BLONDIN. — *Article sur la rétention par coprostase. Journal du médecin praticien*, janvier 1908.
- BOHDANOWICZ. — *Contribution à l'étude de la pathologie du muscle vésical. Thèse de Paris*, 1892.

- BOISSARD. — Etude sur les troubles de la miction se rattachant aux divers états physiologiques et pathologiques de l'utérus. *Thèse de Paris*, 1883.
- BON. — Des rétentions d'urine inflammatoires. *Thèse de Bordeaux*, 1886.
- BOYMOND. — Du rôle du Na Cl dans l'anasarque par simple rétention d'urine. *Thèse de Lyon*, 1906.
- CAMESCASSE. — De la rétention d'urine médicale en dehors des affections du système nerveux. *Thèse de Paris*, 1886.
- CARTNEY. — Rétention of urine for eleven days. *Med. News*, 1894.
- CASPER. — *Pathologie de l'appareil génito-urinaire des vieillards. Annales des organes génito-urinaires*, 1894.
- CASTET. — Complications urinaires des fibromes utérins. *Thèse de Bordeaux*, 1906.
- CHEVALIER. — *Prostatisme vésical chez la femme. Annales des organes génito-urinaires*, 1891.
- CHOPART. — Traité des maladies des organes génito-urinaires, 1821, t. II.
- CHUTE. — *The Journal of Urolog.*, 1921, 317.
- CIECHANOWSKY. — *Quelques aperçus sur le prostatisme au point de vue anatomo-pathologique. Annales des organes génito-urinaires*, 1901.
- CIVIALE. — Traité pratique des maladies des organes génito-urinaires, Paris, 1858, t. II.
- CLARKE. — Des affections obscures de la vessie et leur diagnostic par le cystoscope. *Bost. Medic. Journal*, 1891. *Thèse de Paris*, 1894.
- CONDAMY. — De la cystite aiguë comme cause de rétention. *Thèse de Paris*, 1894.
- COURTADE. — *De la manométrie vésicale. Annales des organes génito-urinaires*, 1905.
- « *L'électrothérapie appliquée à l'Urologie* », Paris, 1921.
- DACHEUX. — Vessie irritable chez la femme. *Thèse de Paris*, 1894.
- DEAVOR. — *Journal of the Americ. Méd. Assoc.*, vol. 62, N° 13, 28 mars 1914, p. 1012.

- DELBET. — Un volume, Masson, 1922.
- Encyclopédie française d'Urologie, art. Rétentions, 1923.
- DESNOS. — Rétention vésicale et infection. *Association française d'Urologie*, 1899, p. 401.
- Article : *Prostate*, in *Dictionnaire Encyclopédique de Dechambre*, 2^e série, t. XXVII, p. 519.
- DIONNET. — Troubles urinaires et fibromyomes utérins. *Thèse de Lyon*, 1905.
- DUFOUR et DEBRAY. — *Facteur vésical, cause d'azotémie. Bulletin et Mémoire de la Société Médicale des Hôpitaux*, juillet 1920.
- VON A. EMODI. — Ueber einen seltnen Fall von Reflektorischer Harverhaltung. *Médic. Chirurgic. Presse*, 1904, p. 1129.
- ENGLISH. — Ueber einige seltene Form von Ischurie. *Allgem. Wiener Medic. Zeitung*, 14-40-41, 1903.
- ESCAT. — Des cystites rebelles chez la femme. *Annales des organes génito-urinaires*, 1897.
- ESTRABANT. — Les faux urinaires. *Thèse de Paris*, 1899.
- FAUGOUIN. — Rétention d'origine nerveuse chez la femme. *Thèse de Paris*, 1898.
- FÉRÉ. — Troubles urinaires dans les maladies du système nerveux et en particulier dans l'ataxie. *Arch. de Neurologie*, 1884, N° 20.
- FOURNIER. — Période préataxique du tabès. Paris, 1885.
- GARCEAU. — Some affections of the female bladder. *Boston Médic. and Surg. Journal*, t. CXXV, p. 256.
- GAYET et GAUTHIER. — Des diverticules de la vessie. Rapport à l'Association Française d'Urologie, 1922.
- GAYET et ROUSSET. — Uretère forcé. *Journal d'Urologie*, février 1924.
- GAYET. — *Lyon Médical. De la rétention chronique d'urine chez la femme*, 1^{er} mars 1925.
- GENOUVILLE. — *De la contractilité du muscle vésical à l'état normal et pathologique. Thèse de Paris*, 1894.
- GENOUVILLE et PASTEAU. — Rapports de la tension artérielle et de la contractilité du muscle vésical chez les prostatiques. *Société de Biologie*, 24-7 1897.

- GUÉPIN et GRANCOURT. — Des fausses cystites. *Gazette des Hôpitaux*, mars 1897.
- GUYON. — Clinique sur les prostatiques. *Annales des organes génito-urinaires*, 1885.
- Sensibilité de la vessie à l'état normal et pathologique. *Annales des organes génito-urinaires*, 1887.
 - Physiologie pathologique de la rétention d'urine. *Annales des organes génito-urinaires*, 1889.
 - et ALBARRAN. — Anatomie et physiologie de la rétention d'urine. *Archives de médecine expérimentale*, 1890.
 - Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires, 1897.
 - *Protastime vésical*. *Annales des organes génito-urinaires*, 1911.
- GROSS et HEULLY. — Rétention complète d'urine par cystite ulcéreuse chez la femme. *Annales des organes génito-urinaires*, 1911.
- HALLÉ et MOTZ. — Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique de la vessie. *Annales des organes génito-urinaires*, 1902, p. 17 et 129.
- HAMILTON. — Traitement aseptique de la rétention. *Médical New*, avril 1899.
- HAMONIC. — Cystite primitive chez la femme. *Annales de médecine et de chirurgie*, juillet 1897.
- HARTMANN. — Des névralgies vésicales, Paris, 1889.
- Accidents et complications urinaires au cours des fibromes utérins. Congrès National de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie, 5^e session. Alger, 1907.
- HARTMANN et BONNET. — *Revue de gynécologie et d'obstétrique*, 1924.
- HERMANN. — *Transactions of the Obstétrical Society of London* (1887).
- HOULLON. — Rétention d'urine d'origine traumatique ou post-opératoire. *Thèse de Bordeaux*, 1893.
- JANET. — De l'inhibition génito-vésicale. *Association française d'Urologie*, 1902, p. 294.
- KAGAN (Mlle). — Troubles vésicaux d'origine génitale chez la femme en dehors de la grossesse. *Thèse de Paris*, 1913.

- KOGAN (M.). — *Revue pratique des maladies des organes génito-urinaires*, Lille 1913, 7, 229.
- KOPS. — *Un cas de prostatisme vésical. Annales de la Société de Médecine d'Anvers*, 1898.
- LAUNOIS. — *Appareil urinaire des vieillards. Thèse de Paris*, 1885.
- LAUR. — *Fibromes utérins à symptomatologie vésicale. Thèse de Montpellier*, 1925.
- LEBRETON. — *Des paralysies hystériques*. Paris, 1868.
- LEGUEU. — *Des relations pathologiques entre l'appareil génital et urinaire chez la femme. Annales des organes génito-urinaires*, 1897.
- *L'Azotémie des Rétentionnistes. Presse Médicale*, 1919, p. 141.
- *Traité d'Urologie*, 1920.
- LEMOINE. — *Physiologie de la miction. Archives des maladies des reins et des organes génito-urinaires*, 1924.
- *Physiologie normale et pathologique de la miction*, Bruxelles, 1922.
- LÉVY-WEISSMANN. — *Complications génito-urinaires des rétrécissements de l'urètre. Monde Médical*, décembre 1924.
- LUTAUD. — *Rétention simulant la grossesse. Journal de Médecine de Paris*, 1907.
- MARION. — *Traité d'Urologie*, 1921.
- MARTIN (Ed.). — *Vessie pendant l'accouchement. Archiv. of gynécol.*, 1909.
- MINVIEILLE. — *Troubles de la miction dans les fibromes utérins. Thèse de Paris*, 1910.
- MOLLIÈRE. — *Dysurie sénile. Lyon Médical*, 1910.
- MOTZ. — *Contribution à l'étude du prostatisme. XIII^e Congrès International de médecine*, 1900.
- MOTZ et ARRÈSE. — *Notes sur les vessies des prostatiques sans prostate. Annales des organes génito-urinaires*, 1903.
- NICOLSKY (Mlle). — *Complication des fibromes. Thèse de Paris*, 1913.
- NOGUÈS. — *Spasme de l'urètre. Journal des Praticiens*, 1898.

- PASTEAU. — 3 cas de prostatisme vésical. *Annales des organes génito-urinaires*, 1897.
— *Paris Chirurgical*, 1913, 646.
- RÉMY. — Rétention chez les accouchées. *Revue Médicale de l'Est*, 13 août 1897.
- ROCHET. — Traité de dysurie sénile, 1899.
- SERRALACH et PARÈS. — Quelques nouvelles données sur la physiologie du testicule et de la prostate. *Annales des organes génito-urinaires*, 1908.
- SKÈNE. — Diagnostic et traitement des affections urinaires chez la femme. *Améric. Journal of Obst.*, mars 1898.
- STRONG. — Exemple d'affections vésicales rares chez la femme. *Annales des organes génito-urinaires*, 1890.
- VAN DE VARKER. — *Journal American Medical Association*, 1890.
- WASSERMANN et HALLÉ. — *Annales des organes génito-urinaires*, 1891.
- ZÜKERKANDL. — De la vessie irritable chez la femme. *Annales des organes génito-urinaires*, 1891-1894.
-

TABLE DES MATIERES

Introduction.....	11
<i>Première Partie.</i>	
Chapitre Premier.— Physiologie pathologique ..	17
Chapitre II.— Classification.....	33
<i>Deuxième Partie.</i>	
Chapitre Premier.— Historique de la “Rétention Sénile”.....	53
Chapitre II.— Etude Clinique.....	63
Chapitre III.— Evolution de la “Rétention Sénile”	79
Chapitre IV.— Pathogénie	82
Chapitre V.— Traitement.....	99
Chapitre VI.— <i>Première Partie.</i> Observations de “Rétention Sénile”.....	105
<i>Deuxième Partie.</i> Observations de Rétentions diverses	118
Conclusions.....	127
Bibliographie	129
